Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

**Redakcyja:**
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

**Administracyja:**
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

**Ekspedycyja miejscowa**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

**Przedpłatę przyjmują:**
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

| Przedpłata wynosi: | | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|---|
| | Rocznie | 8 złr. 80 c. | 6 rsr. | 16 mk. | 24 fr. |
| | Półrocznie | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 8 „ | „ 12 „ |
| | Kwartalnie | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ 1½ „ | „ 4 „ | „ 6 „ |

Kraków, 11 kwietnia 1885. №. 15. Rok XXIV.



## I. Ze szpitala św. Zofii we Lwowie.

## Dwie osteoplastyczne resekcyje stopy u dzieci podług Mikulicza.

Podał Dr. A. Schattauer.

Osteoplastyczna resekcyja stopy należy bez zaprzeczenia do cenniejszych nabytków, któremi w ostatnich latach wzbogaconą została chirurgija operacyjna. Wartość jéj polega nie tylko na oryginalności pomysłu, ale co ważniejsze odznacza się ona tém, że jest niejako uzupełnieniem dotychczasowych postępowań konserwatywnych w leczeniu jużto uszkodzeń, jużteżto cierpień gruźliczych stopy. Jakkolwiek znane wyniki opiewają nader zachęcająco, nowa ta operacyja rozporządza dotąd skromnym materyjałem statystycznym. Że atoli do ustalenia wskazań i ocenienia wartości każdego rękoczynu potrzebną jest spora liczba przypadków, tego dowodzić nie potrzeba. W literaturze znajdujemy tylko 8 przypadków téj operacyi: 4 Mikulicza, 1 Burkardt-Socina, 2 Lauensteina i 1 Lumniczera. Główném wskazaniem do operacyi była sprawa gruźlicza skoku, a tylko w jednym przypadku wykonał ją Mikulicz z powodu rozległego owrzodzenia kiłowego skóry, pokrywającéj piętę. W urazowych obrażeniach pięty i sąsiednich jéj części, jak się zdaje, resekcyja osteoplastyczna nie była jeszcze zastósowaną. U żadnego z operowanych nie nastąpiło zejście śmiertelne w skutek samego zabiegu. Z 7miu operowanych dla próchnienia kości umarło dwóch w ciągu pierwszego roku z postępującéj gruźlicy ogólnéj; u jednego musiano przedsięwziąść następową amputacyję podudzia; czterech zaś wyzdrowiało zupełnie z dobrą zdolnością czynnościową kikuta.

Z podobnych przypadków można nabrać przekonania, że w mowie będąca operacyja co do gojenia rany miała bieg zadowalający, gdyż prawie bez wyjątku nastąpiło wygojenie przez rychłozrost, a tylko w 2 przypadkach rozpadły się później blizny skutkiem odnowienia się gruźlicy miejscowéj.

Jaka zaś jest doniosłość tego rękoczynu jako środka leczniczego w gruźlicy miejscowéj, trudno jeszcze na teraz wydać sąd stanowczy. Zdaje się atoli, że można spodziewać się korzystniejszych wyników, gdy schorzenie gruźlicze wychodzi pierwotnie z kości, a części miękkie, otaczające tyłostopie, tylko w miernym stopniu są dotknięte naciekami gębczastemi. Gdzie wszelako pierwotna siedziba gruźlicy jest w torebkach stawowych, lub jeżeli obok próchnienia kości tyłostopia znajdują się w sąsiedztwie złogi grzybowate znacznej rozległości, tam dla resekcyi osteoplastycznéj są widoki prawie wątpliwe, bo jak doświadczenie uczy, w tych razach ścięgna otoczone są naciekami gębczastemi, w kształcie długich wypustek, sięgających wysoko na podudzie; dokładne usunięcie tychże jest trudne i bez obrażenia naczyń głównych obejść się nie można. Na tę okoliczność zwrócił już Walzberg uwagę w swoim referacie o resekcyi osteoplastycznéj (*Centralblatt f. Chirurgie* z r. 1881 str. 188). Jeżeli więc po dokonanéj resekcyi osteoplastycznéj okażą się daleko sięgające zmiany gębczaste w pochwach ścięgien, należy przystąpić do amputacyi podudzia. W takiém położeniu znajdował się w jednym przypadku Mikulicz, gdyż po ukończonéj resekcyi musiał wykonać amputacyję, ponieważ nacieki gruźlicze mostka łączącego drążyły tak daleko w głąb, iż podczas usuwania tychże przeciętą została tętnica goleniowa przednia. (Przyczynki do Chirurgii. Przegląd Lekarski 1883).

W uzupełnieniu powyższych uwag wypada jeszcze poświęcić słów kilka bardzo ważnéj stronie resekcyi Mikulicza, t. j. użyteczności operowanej odnogi. Pod tym względem nie ulega wątpliwości, że kikut po téj operacyi z powodu utrzymania przedstopia odznacza się większą elastycznością i gibkością w chodzeniu, aniżeli po amputacyi Pirogowa lub Symego. Na zeszłorocznym Zjeździe lekarskim w Kopenhadze widziałem mężczyznę z kikutem według Mikulicza, operowanego przez Lauensteina (*Centralblatt f. Chirurgie* 1884. Nr. 1.). Chodził on w półtora roku po operacyi z łatwością, nie opierając się na kiju. Jako murarz oddawał się swemu zawodowi

chodząc swobodnie po schodach i po rusztowaniu. Wątpię, czy posiadałby był tę lekkość ruchów na szczudle lub z kikutem według Pirogowa. Operowana przezemnie dziewczyna mogła w półroku po operacyi chodzić przez kilka godzin bez znużenia.

Od czasu ogłoszenia wspomnianéj operacyi przez autora (*Archiv f. Chirurgie* T. XXVI str. 494) stosowano ją w znanych dotychczas w literaturze przypadkach tylko u dorosłych. Najmłodszy z operowanych według téj metody liczył 16 lat. W ciągu ubiegłego roku nadarzyła mi się sposobność wykonania téj resekcyi na młodszych osobach, mianowicie na dziewczynie 10letniéj i na chłopcu 9letnim. Sądzę, że ogłoszenie tych dwóch przypadków w celu pomnożenia statystyki nie będzie zbytecznem.

1. Breine R. 10letnia dziewczyna, przyjęta do szpitala 28 Listopada 1883, przedtém, według opowiadania ojca, zawsze zdrowa, upadła przed 1½ rokiem z ławki na prawą nogę. Wkrótce po tym przypadku wystąpił obrzęk w okolicy stawu skokowego połączony z znaczną bolesnością, tak iż chora przestała chodzić. Przed półrokiem powstał jeden ropień po stronie kostki wewnętrznej, późniéj drugi poniżéj kostki zewnętrznéj, poczém pacyjentka doznała o tyle ulgi, że mogła spuszczać nogę. Od kilku jednak miesięcy wzmogło się opuchnienie i bóle tak, że od tego czasu nie opuszcza ona łóżka. Obecnie przedstawia lichy stan odżywienia z znaczną bladością błon śluzowych i powłok powszechnych. Na szyi i pod szczęką dolną widać kilka blizn, tudzież kilka powiększonych gruczołów limfatycznych. Badanie narządów wewnętrznych stwierdziło stosunki prawidłowe z wyjątkiem szczytu prawego płuca, gdzie opuk wydaje odgłos bębenkowy, a przysłuch oddech szorstki połączony z obfitemi rzężeniami. Chora kaszle od kilku miesięcy, a wieczorami gorączkuje. — Odnoga prawa zgięta w kolanie pod kątem rozwartym nie daje się zupełnie wyprostować. Noga prawa, będąca w całkowitém położeniu stopy końskiéj, okazuje w okolicy stawu goleniosokowego, jakoteż kości skokowej, bardzo znaczny obrzęk, który pochodzi raczéj z zgrubienia téj ostatniéj, niż z nacieków w otaczających częściach miękkich. Zarysy kostki zewnętrznéj wyraźne, wewnętrznéj zaś nie dają się wyczuć. Poniżéj téj ostatniéj występuje największe opuchnienie, na którém znajduje się owrzodzenie wielkości czworaka, pokryte ziarniną wiotką, mocno nad poziom skóry wybujałą. Wprowadzając w tém miejscu sondę natrafiamy na jamę, w któréj czuć kość chropowatą. Poniżéj kostki zewnętrznéj znajdujemy dwa otwory do przetok, idących w kierunku stawu skokopiętowego. Obrzęk w okolicy stawu skokopiętowego jakoteż na kości czółenkowatéj nieco mniejszy. Przedstopie jest zdrowe. Ruchy czynne, jakoteż bierne w stawie skokowym zupełnie zniesione, tak, że nieprawidłowe ustalenie stopy odnieść wypada do zrostu w tymże stawie. W skutek znacznéj bolesności, skurczu w kolanie i stopy końskiéj chodzenie jest niemożliwém. Wobec podejrzanego nieżytu w szczycie płuca prawego, daléj rozległego i zaniedbanego zboczenia miejscowego nie można było spodziewać się pomyślnego wyniku po wyłyżeczkowaniu przetok i kości. Zresztą ustalenie nieruchome stopy w nieprawidłowéj pozycyi nie pozwalało dobrze rokować o użyteczności odnogi nawet w razie wygojenia cierpienia miejscowego. Pozostawała zatém amputacyja podudzia lub też osteoplastyczna resekcyja. Przychyliłem się do téj ostatniéj w nadziei, że pacyjentka odniesie z niéj większą korzyść niż z odjęcia podudzia.

Operacyję wykonano 2 Stycznia 1884 śród dokładnego zachowania prawideł antyseptyki i użycia niedokrewności miejscowéj. Cięcia typowe przenikające do kości: pierwsze strzemienne od guzowatości kości czółenkowatéj aż do wyrostka guzowatego V kości śródstopowéj; drugie dwa boczne od końców cięcia poprzedniego do obu kostek, trzecie tylne od kostek okrążające tylną powierzchnię podudzia. Z powodu ścisłego zrostu kości skokowéj z powierzchnią stawową goleni nie można było wykonać wyłuszczenia tejże w zwykły sposób od tyłu. Wyłuszczono tedy najpierw kość skokową i piętową w stawie Choparta; następnie oddzieliwszy przedni łączący mostek od obu tych kości odwinięto pozostające przedstopie ku górze i odpiłowano dolną nasadę kości goleniowych na 1 cm. powyżéj zrośniętego stawu goleniośkokowego; nakoniec odpiłowano połowę kości sześciennéj i czółenkowatéj. Na przekroju atoli obu ostatnich kości spostrzeżono stosunki nieprawidłowe: w kości czółenkowatéj ognisko gruźlicze wielkości grochu, a istotę gębczastą kości sześciennéj stłuszczoną i nieco rozmiękłą. Nadto napotkano wybujałości gębczaste pomiędzy obydwiema temi kośćmi. Odsłonięto przeto kości klinowate i przepiłowano je tuż poniżéj ich powierzchni stawowych, tudzież pozostałą połowę kości sześciennéj. Po oczyszczeniu pozostałych części z nacieków grzybowatych podwiązano przecięte naczynia krwionośne, przystósowano przepiłowane powierzchnie kostne i zespojono brzegi rany głębokim szwem kuśnierskim tudzież takim samym powierzchownym powrotnym. W kątach rany umieszczono dwa krótkie sączki. Części resekowane przystają dokładnie do siebie, a pozostała część stopy znajduje się w równéj osi z podudziem. Wałek utworzony przez mostek dość gruby. Po założeniu oprawy z poduszek napełnionych wełną drzewną sublimatową wyprostowano staw kolanowy, ułożono odnogę operowaną na szynie Volkmanna, zagiąwszy poprzednio palce ku górze pod kątem prostym, co się łatwo dało uskutecznić. Odnoga operowana nie przedstawiała w porównaniu do zdrowéj żadnego skrócenia ani przedłużenia.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. W 11tym dniu pierwsza zmiana opatrunku. Rana zagojona przez rychłozrost; palce w nadaném im położeniu dobrze ustalone. We trzy tygodni nastąpiło drugie przewinięcie. Ponieważ jeszcze utrzymuje się nieznaczna ruchomość stopy, ułożono więc odnogę na szynie filcowéj i przytwierdzono opaskami organtynowemi. Gdy we 2 tygodnie późniéj stwierdzono dokładne zrośnięcie kostne, założono lekką oprawę gipsową i chora zaczęła chodzić, opierając się na lasce. Z powodu jednakowéj długości obu odnóg nie było potrzebném podwyższenie obcasa u trzewika nogi zdrowéj. Gdy chora dnia 21 lutego opuszczała Zakład, polecono ojcu, aby zgłosił się z nią po kilku tygodniach celem sporządzenia stósownego trzewika. Przybyła ona jednak dopiero w 5 miesięcy późniéj. W parę tygodni po opuszczeniu Zakładu zdjęto jéj w domu opaskę gipsową i zastąpiono zwykłym trzewikiem z przodu sznurowanym, którego przednią próżną część wypełniono kawałkiem drzewa w kształcie kopyta szewskiego. W tym zaimprowizowaném obuwiu może ona bez zmęczenia chodzić godzinami, nieznacznie tylko kulejąc. Stan odżywienia okazuje znakomitą poprawę, a nieżyt szczytowy ustąpił zupełnie. Odnoga operowana nie różni się co do długości od zdrowéj. Stopa zrośnięta z podudziem nieruchomo bez zboczenia; palce niecałkiem pod kątem prostym ustalone. Może ona niemi trochę poruszać, stąpa jednak nagłówkami kości śródnożnych. Zgrubienie mostka jest nieznaczne.

2. Grzegórz K. 9letni chłopiec przyjęty do szpitala 18 Kwietnia 1884 r., upadł przed rokiem do głębokiéj jamy, przez co doznał znacznego stłuczenia stopy lewéj. Z powodu znacznych bólów przestał już od kilku miesięcy chodzić. Obecnie przedstawia lewa noga pozycyję stopy końskiéj w miernym stopniu. Okolica stawu golenioskokowego i skokopiętowego okazuje bardzo znaczny jednostajny obrzęk, sięgający ku górze na kilka cm. powyżéj kostek, ku dołowi zaś aż do stawu Choparta. Wymiar przez kostki i wyrostek piętowy o 6 cm. dłuższy niż na zdrowéj nodze. Skóra w okolicy wspomnianego obrzęku jest napiętą i połyskującą, poniżéj kostki wewnętrznéj czuć się daje chełbotanie i podwyższenie ciepłoty. Po za kostkami znajdują się dwa podłużgowate zgrubienia o wrzekomém chełbotaniu, pomiędzy którremi ścięgno Achillesa tworzy rowek. Oprócz wielkiéj bolesności stwierdzić można w stawie skokowym lekkie tarcie przy ruchach. Odżywienie pacyjenta w bardzo lichym stanie; skóra blada i sucha. Krom obustronnego miernego nieżytu oskrzelowego inne narządy wewnętrzne bez widocznéj zmiany.

Dnia 28 Kwietnia wykonano osteoplastyczną resekcyję stopy w sposób powyżéj opisany z tą tylko różnicą, że części tyłostopia chorobowo dotknięte oddzielono od przedniego mostka idąc porządkiem przez Mikulicza podanym, tj. wyłuszczając kość skokową od tylnego cięcia. Po dokonaném odpiłowaniu skrawków nasady podudzia z jednéj a kości czółenkowatéj i sześciennéj z drugiéj strony znaleziono bardzo wydatne nacieki gębczaste w pochwach mięśni podudzia, zwłaszcza zaś wzdłuż ścięgna Achillesowego. Należało je usunąć. W tym celu poprowadzono cięcie wzdłuż śc. Achillesa 8 cm. długie i wycięto złogi będące w pochwie tegoż, jakoteż pomiędzy powierzchowną a głęboką warstwą m. łydkowych. Tak samo oczyszczono mostek łączący, przyczém tętnica goleniowa przednia nie została obrażoną. Chociaż mostek, po usunięciu nacieków grzybowatych, znacznie ścieńczał, tak że nawet miejscami przeświecał, pozostała część stopy rychło napełniła się krwią po zdjęciu opaski uciskowéj Esmarcha. Można więc było przystąpić do ukończenia operacyi. Zeszyto tedy brzegi rany szwem głębokim i powierzchownym, założono opatrunek z poduszek sublimatowych i zagiąwszy palce ku górze umieszczono odnogę na szynie. Odnoga operowana była o 1 cm. dłuższą od zdrowéj. Przebieg pooperacyjny był z początku prawidłowy; rana zgoiła się przez rychłozrost z wyjątkiem wąskiego rąbka przy końcu cięcia podłużnego, który uległ martwinie. Miejsce to wszakże prędko oczyściło się i zabliźniło. W 5tym tygodniu po operacyi, gdy miałem przystąpić do założenia oprawy gipsowéj na operowaną odnogę, aby osięgnąć dokładne zrośnięcie ruchomych jeszcze nieco powierzchni kostnych i rozpocząć następnie próby chodzenia, zaczął chory użalać się na bóle w odnodze operowanej. W dolnéj przedniéj części podudzia utworzył się obrzęk ze znamionami ropnia zimnego, a następnie drugi ropień pod blizną rany poprzecznéj. Po otwarciu tego ostatniego znaleziono obnażenie i rozmiękczenie pozostałéj połowy kości czółenkowatéj, tudzież przeciwległéj części kości goleniowéj. Ta okoliczność zniweczyła nadzieję utrzymania operowanéj odnogi. Wykonano przeto amputacyję podudzia, po któréj pacyjent wygojony wkrótce opuścił Zakład. Badanie odjętéj odnogi wykazało próchnienie pozostałéj części kości czółenkowéj i powierzchni k. goleniowéj, luźne zrośnięcie kości sześciennéj z płaszczyzną kości podudzia, daléj nacieki gruźlicze w tkankach komórkowatych dolnéj połowy podudzia z przodu i z tyłu. W tkankach chorobowo zmienionych znaleziono kilka mniejszych ropni, jeden zaś większy z treścią serowatą pomiędzy mm. prostującemi.

Oba powyżéj opisane przypadki przedstawiają dwie odmienne formy téj saméj sprawy chorobowéj. W pierwszym z nich była gruźlica głównie w kościach skoku umiejscowioną. Przy badaniu wyciętych części skoku znaleziono kość skokową znacznie powiększoną, a wewnątrz dużą jamę wyścieloną ziarniną gruźliczą z odszczepem wielkości orzecha laskowego. Części zaś miękkie sąsiednie były tylko miernie grzybowato przeobrażone i dały się w zupełności usunąć. Pomimo przepiłowania w kościach klinowatych nastąpiło połączenie kostne z płaszczyzną kości podudzia i doskonała użyteczność odnogi. W tym przypadku byłem z powodu zrostu w stawie golenioskokowym zmuszonym do odmiennego postępowania operacyjnego. Przyznać atoli muszę, że wyłuszczenie tyłostopia od stawu Choparta więcéj nastręcza zachodu, niż wyłuszczenie kości skokowéj od tyłu sposobem typowym Mikulicza.

W drugim przypadku mieliśmy do czynienia przeważnie z rozległym grzybem w torebkach stawowych i w pochwach ścięgien m. podudzia. Usunięcie dokładne tychże nie było możebném, rychło też nastąpił nawrót sprawy gruźliczéj, przezco amputacyja stała się nieuniknioną. Albowiem wiadomą jest rzeczą, że tylko doszczętne uprzątnienie nacieków grzybowatych zabezpiecza od recydywy gruźlicy miejscowéj. Ten cel osięgnąć możemy tylko przy dostępności pola operacyjnego. A właśnie pod tym względem posiada resekcyja Mikulicza niezrównaną zaletę, że daje możność dokładnego rozpoznania granic sprawy patologicznéj w tych przypadkach, w których przed operacyją trudno było oznaczyć obecność złogów grzybowatych, w częściach na pozór zdrowo wyglądających. W ciągu więc saméj operacyi możemy, niemal z pewnością, ocenić, czy resekcyja osteoplastyczna osięgnie pożądany skutek, czy też należy przystąpić odrazu do amputacyi.

Że w mowie będąca operacyja korzystnie wpływa na stan ogólny, i że nawet zboczenie w płucach nie jest przeciwwskazaniem, może za dowód posłużyć operowana dziewczyna, u któréj w pół roku po operacyi można było stwierdzić ustąpienie nacieku w szczycie płuca i wyśmienity stan odżywienia, tak samo jak to nieraz spostrzegamy po amputacyi wykonanéj z powodu miejscowego cierpienia gruźliczego. W żadnym z powyższych dwóch przypadków nie obserwowałem zboczenia pozostałego przedstopia ku podeszwie lub też na bok, na co tyle na XIII Zjeździe chirurgów utyskiwał Haberern, który koniecznie zaleca z tego powodu spajanie szwem kostnym powierzchni przepiłowanych kości, aby zapobiedz możliwéj dewiacyi pozostałéj części stopy podczas gojenia. W operowanych przezemnie przypadkach nie używałem nawet szwów płytkowych, którem Mikulicz spaja mostek, a mimo to nie zauważałem żadnego zboczenia od podłużnéj osi podudzia w czasie gojenia. Być może, że do tego znacznie przyczynił się opatrunek z wełny drzewnéj, który po wyschnięciu tworzy twardą skorupę, utrzymującą okolicę operowaną w dokładném unieruchomieniu. W przypadkach, w których uważano dewiacyję stopy, łatwo została ona zapomocą stósownéj opaski usuniętą. Jeżeliby jednak chodziło komu koniecznie o zespojenie kości, to zamiast szwów kostnych właściwszém wydałoby mi się użycie klamerki stalowéj, jaką podał Gussenbauer do leczenia pseudartrozy. Możnaby ją o wiele łatwiéj założyć i następnie wyjąć po zrośnięciu kości. Nakoniec nie mogę pominąć jeszcze jednéj okoliczności, która w obu powyższych przypad-

kach ze względu na wiek mogłaby na mnie ściągnąć zarzut, że resekcyja osteoplastyczna jest właściwie tylko u dorosłych wskazaną, u dzieci zaś da się zastąpić innemi łagodniejszemi sposobami działania. Że u dzieci zboczenia gruźlicze kości stopowych goją się dobrowolnie po dłuższém ropieniu, nawet gdy istnieją wielokrotne ogniska, jest faktem dostatecznie znanym. Wiadomo także, że można zapomocą kilkakrotnych wyłyżeczkowań obok innych środków pomocniczych uzyskać wygojenie z zachowaniem zupełném kształtu i ruchomości stopy. Tak się rzecz ma, bez wątpienia, u dzieci młodszych obok objawów ogólnych tak zwanéj skrofulozy. Zdarzają się jednak przypadki gruźlicy stopy u dzieci starszych, nawet nie tak bardzo rzadko, jak wiemy z praktyki szpitalnéj, u których w skutek zaniedbania przy braku najskromniejszych wymogów hygijenicznych doszło cierpienie gruźlicze w kościach skoku do tak rozległych rozmiarów, że o wygojeniu zapomocą częściowych resekcyj lub wyskrobania łyżeczką ostrą ani marzyć nie można. Jeżeli oprócz tego istnieją powikłania gruźlicze lub też zwyrodnienia skrobiowate narządów wewnętrznych, wówczas nie pozostawałaby inna droga, jak wykonanie amputacyi podudzia. Czyż w takich wyjątkowych przypadkach u starszych dzieci nie jest istném dobrodziejstwem metoda operacyjna tak bardzo zbliżona do amputacyi, a dająca rezultat tak znacznie pod względem użyteczności odnogi przewyższający kikut amputacyjny? Żałować tylko wypada, że nie zawsze może ona zastąpić amputacyję.

Sądzę także, że skrócenie rozwojowe odnogi po resekcyi osteoplastycznéj u dzieci nie może dojść do tych rozmiarów jak po innych resekcyjach, n. p. kolana. Wiadomo, że odnoga operowana bywa o 1—2½ cm. dłuższą niż zdrowa. Ażeby uniknąć podwyższenia obuwia u zdrowéj nogi z powodu niejednakowéj długości odnóg, należałoby odpiłować grubszą warstwę kości. W ten sposób postępuje nawet Mikulicz u dorosłych w ostatnich czasach. U dzieci zaś może to przedłużenie odnogi po resekcyi osteoplastycznéj wynagrodzić ubytek wzrostowy kości podudzia, tak że z czasem w skutek jednakowéj długości obu odnóg podwyższenie obuwia u zdrowéj nogi stać się powinno zbytecznem.

---

## II. O laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelit.

Wykład wypowiedziany na Zjeździe przyrodników w Magdeburgu
przez prof. **Mikulicza.**
(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Drugiéj nierównie większéj przeszkody dla wskazania w właściwym czasie zabiegu operacyjnego szukać należy bez wątpienia w trudności rozpoznania. W wielu razach niestety pierwszym pewnym objawem przedziurawienia jelita lub żołądka jest wywiązanie się zapalenia otrzewny, a wiadomo nam wszystkim, że rozpoznanie zapalenia w samym zawiązku również jest trudném, z przyczyny, że pierwsze jego oznaki nie zawsze cechują się dość jasno i wybitnie. A nawet wobec wyraźnie już rozwiniętego zapalenia otrzewny przedziurawienie można przeoczyć, zwłaszcza w razie samoistnego przedziurawienia, gdzie brak poprzedzającego urazu usuwa nam podstawę rozpoznawczą. W dwóch przypadkach przezemnie operowanych, jak również w przypadku Chaputa, przypuszczając niedrożność jelita, przystąpiono do operacyi, i ta dopiero, lub późniéj wykonana sekcyja, odkryły przedziurawienie jelita, które nieraz jeszcze z pewnością stwierdzi się dopiero na stole sekcyjnym. Nie mniéj trzeba mieć w pamięci, że oprócz przedziurawienia żołądka i jelita cały szereg innych spraw śród podobnych objawów sprowadza zapalenie otrzewny, któremu za punkt wyjścia posłużyć może każdy prawie narząd brzucha. W jelicie prócz przedziurawienia należy wziąść pod uwagę zatorowanie światła najrozmaitszego rodzaju (wgłobienie, uwięźnięcie, skręcenie około osi i t. p.) Co do objawów Ileus, wzbudzonych niedrożnością jelita, które mogą same przez się przedstawić łudzący obraz zapalenia otrzewny lub co najmniéj jego rozpoznanie w wysokim stopniu zamącić, podał w ostatnich czasach, jak wiadomo, Kussmaul metodę przepłukiwania żołądka z świetnym wynikiem stósowaną, która ma nietylko znaczenie środka leczniczego, lecz w razach wątpliwych nawet do znaczenia rozpoznawczego wznieść się może. Owrzodzenia pęcherza pociągają również za sobą zapalenie otrzewny, ropnie śledziony i wątroby, jakoteż *echinococcus*, przebijając się do jamy brzusznéj wzniecają w otrzewnie sprawę zapalną. Często zwłaszcza bierze początek zapalenie otrzewny z macicy, jajowodów i jajników (tu należy szczególniéj badanie uzupełnić w kierunku poronienia), a nawet trzustka i nerki mogą dać pochop do zapalenia otrzewny, w któréj jamę wlewa się wreszcie niekiedy treść ropnia płucnego lub wypocina ropna z worka opłucnowego.

Możliwości dopiero co przytoczone nie mogą nas jednak wobec wątpliwego rozpoznania odwieść od wykonania laparotomii, gdyż podobnie jak w samoistném zapaleniu otrzewny świeżo a gruntownie roztrząsaném przez Leydena, tak w tych wszystkich razach wydalenie wypociny, ewentualnie toaleta jamy brzusznéj i drenowanie słusznie na uznanie zupełne zasługują. W wielu zresztą tych razach także punkt wyjścia zapalenia otrzewny należy objąć bezpośrednio zabiegiem chirurgicznym.

Z drugiéj strony nie należy zapominać, że zapalenie otrzewny przystępuje również do całego szeregu chorób ogólnych, w przebiegu których wykonanie laparotomii wcale nie da się usprawiedliwić. Według Bauera *(Ziemssens Handbuch der spec. Pathol. und Therap.)* dołącza się zapalenie otrzewny samoistne do gośćca wielostawowego, do ostrych osutek i innych chorób zakaźnych, do ropnicy, choroby Brighta i gnilca. Wywiady i dokładne badanie rzadko zostawią wątpliwość w podobnych razach co do choroby ogólnéj, powikłanéj z zapaleniem otrzewny i dla tego pożądaném byłoby w każdym wątpliwym przypadku w téj mierze badaniu najdokładniejszy wytknąć kierunek. Nie mogę tu również pominąć téj okoliczności, iż często w przebiegu duru brzusznego pojawia się zapalenie otrzewny bez przedziurawienia, a trudno rozstrzygnąć, czy i w tym razie do operacyi skłonić się wypada, gdy zapalenie otrzewny w przebiegu duru bez przedziurawienia lepszém względném rokowaniem się cechuje i nierzadko dobrowolnie kończy się uleczeniem.

Jedyną po części pewną oznaką zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jest nagromadzenie się gazu wolnego w jamie brzusznéj, a możliwe wyśledzenie go w krótkim czasie po wystąpieniu pierwszych objawów upoważnia do zupełnie pewnego rozpoznania. Przedziurawienie samo nagle występując wywołuje zazwyczaj, bez względu na formę swego pochodzenia, gwałtowny, miejscowo ograniczony lub rozlany ból w jamie brzusznéj, któremu towarzyszy częstokroć mniéj lub więcéj znaczny stopień zapadu. Objaw ten wprawdzie

sam przez się mało cechujący przedziurawienie może jednak w miarę okoliczności zyskać na wartości rozpoznawczéj i umożliwić rozpoznanie w wczesnym już okresie.

Nie ulega wątpliwości, że w wielu razach potwierdza się prawdopodobne rozpoznanie przedziurawienia, zanim jeszcze ukażą się wybitne objawy zapalenia otrzewny, a tyczy się to przedewszystkiém przedziurawień urazowych, z pośród których znowu najczęściéj obrażenia bezpośrednie jelita przez rany kłute, cięte i postrzałowe do rozpoznania się nadają. Jeśli kierunek kanału ukłucia lub postrzału prowadzi na myśl o zranieniu żołądka lub jelita, jeśli przytém krew domięsza się do wymiotów lub do stolca, jeśli nagle wystąpi zapad, dotąd mimo zranienia ociągający się, to nie brak już cennych wskazówek, na podstawie których Kocher i Tiling operowali z powodzeniem. Trudniejszém już bywa rozpoznanie przedziurawienia skutkiem pęknięcia lub zmiażdżenia jelita przez zadziałanie siły tępéj, choć i w tych razach śród pewnych warunków udaje się stosunkowo dość wczesne rozpoznanie. B. Beck (*Deutsche Zeitschr. für Chir. 11 u. 15. B. Über Darmzerreissung*) na podstawie obfitego doświadczenia własnego wskazał w sposób bystry, jak można wyzyskać objawy tu napotykane, lecz zbyt szczupłe ramy niniejszego wykładu nie pozwalają mi zapuszczać się w szczegóły, tém mniéj, że podręczniki i monografije w tym kierunku ogłoszone wyczerpująco omawiają rozpoznawanie urazowego przedziurawienia jelita.

Nie wątpię, że późniejsze doświadczenia wiadomości nasze znacznie jeszcze rozszerzą, jeśli tylko rozpoznanie nadać ma zwrot do czynnego działania z naszéj strony.

Tém mniéj czuję się uprawnionym, zapuszczać się tutaj w rozpoznawanie przedziurawienia żołądka lub jelita natury nieurazowéj, lecz napomknę, że chociaż w wielu razach, jak np. w przebiegu rozpoznanego i leczonego poprzednio wrzodu żołądka, w durze brzusznym typowo przebiegającym, w niektórych przypadkach zapalenia okątnicowego, rozpoznanie przedziurawienia nie sprawia najmniejszéj trudności, to przecież w bardzo wielu innych przypadkach rozpoznanie ścisłe, a dość wczesne, stanowi niemały szkopuł dla klinicysty. W téj mierze zmuszeni jesteśmy oprzeć się na radzie internistów, do których pomocy tém chętniéj niemal pod każdym względem uciekamy się, o ile w ich zakresie leży rozstrząśnienie objawów w ogóle i w każdym poszczególnym przypadku celem zużytkowania ich do dosyć wczesnego i pewnego rozpoznania, od nich zawisło odstąpienie nam przypadków nadających się do operacyi. Wygórowaném żądaniem ścisłego rozpoznania nie należy się przecież krępować w przypadkach tak wewnętrznych jakoteż chirurgicznych, bo tam gdzie niebezpieczeństwo chwilowo jeszcze zażegnane, niedostatek zupełnie pewnego rozpoznania nie upoważnia do zaniechania laparotomii, a ktokolwiek godzi się na nacięcie próbne w przypadkach nowotworów brzucha bezpośrednio niezagrażających życiu, nie może potępić cięcia próbnego w cierpieniu bezwarunkowo prawie przyprawiającém o śmierć. Skoro zaś zapalenie otrzewny już w pełnym jest rozwoju, otwarcie jamy brzusznéj według poglądu Leydena nawet bez względu na przyczynę powstania zupełnie będzie usprawiedliwioném.

W téj mierze trudno wysilać się na podanie ogólnych prawideł, rozstrzygnięcie w każdym przypadku winno być wynikiem głębokiego rozmysłu i rozważenia wszystkich okoliczności ubocznych, i dla tych właśnie powodów nie można aż do czasu zdobycia rozległego doświadczenia podać ścisłych wskazań co do szczególnych rodzajów przedziurawienia. Dotychczasowe zapoznanie się z przebiegiem różnych form przedziurawienia będzie nam tylko tymczasową nicią przewodnią dla przyszłego działania i tak np. wobec rany postrzałowéj brzucha, jak już nadmieniono, przyjdzie nam zazwyczaj szybko przystąpić do operacyi, chociażby objawy przedziurawienia jelita nie były całkiem przekonywającemi. Wspomniane wyż doświadczenia Parkesa i rezultaty Kochera i Tilinga posłużyć mogą stanowczo jako wskazówki na przyszłość. Natomiast wobec pęknięcia jelita i stłuczenia wywołanego siłą tępą nie bez korzyści będzie przeczekać pierwsze objawy wstrząsu, wywołanego bezpośrednio urazem, gdyż zwykle pierwéj rozpoznanie natrafia na zbyt wielkie trudności. Uszkodzenie organów wewnętrznych, a zwłaszcza naczyń krwionośnych obok urazowego przedziurawienia jelita powstające, zniewala z niem społem do laparotomii i uwalnia od długiego namysłu. Nie mniéj pragnę zaznaczyć, że również obrażenie pęcherza środotrzewnowe, wchodzące w skład obserwowanego przypadku, wymaga spiesznego wykonania laparotomii, gdyż zdaniem wszystkich nowszych badaczy, jak Bartelsa H. Kunza, Vincent Maltraya, Sulliarda i Rioingtona, laparotomija i szew pęcherza dają wówczas tylko pewną rękojmię powodzenia, jeśli niebawem, o ile możności w pierwszych 10 godzinach, przystępuje się do operacyi.

W przypadkach przedziurawień po owrzodzeniach, niezostających w związku z urazem, decydującym jest zasób sił chorego. Wobec przedziurawienia w trzecim tygodniu duru, śród zupełnego upadku sił, nikt zapewne nie pomyśli o laparotomii, która już z początkiem okresu wyzdrawiania w wielu razach nabiera mocy wskazania. Przebicie wrzodu dziurawiącego żołądek otwiera również częstokroć pole do wykonania natychmiastowéj laparotomii, podczas gdy przebicie wrzodu gruźliczego jelita nie wchodzi w zakres przypadków uprawniających do podjęcia tego zabiegu. Forma przedziurawienia szczególnie ważna zwłaszcza dla chirurga, bo powstającą po odprowadzeniu przepukliny zgorzelą dotkniętéj wzywa do zabiegu operacyjnego poprzedzonego krótkim tylko namysłem. Z największemi trudnościami liczyć się dziś musi wskazanie w przedziurawieniu wyrostka robaczkowego i zostającego z nim w związku zapalenia kątnicy i części około niéj położonych; może przyszłe doświadczenia podadzą pewne wyjaśnienie i jakieś podstawy. Przekonanie moje zniewala mnie wyrazić tutaj nadzieję, że w cięższych przypadkach zapalenia kątnicy i zap. okątniczego, niepowikłanego nawet z przedziurawieniem wyrostka robaczkowego, dotychczasowa więcéj wyczekująca terapija niebawem uchyli czoła przed zabiegiem operacyjnym. Daleki od chęci ujęcia za nóż w każdym przypadku zaparcia stolca i wymiotów obok obrzęku i bolesności w okolicy kiszki ślepéj, postąpiłbym sobie tam, gdzie już przyszło do wybitnych objawów ropnego zapalenia tkanki podskórnéj i otrzewny według zasad chirurgicznych na innych miejscach ciała stósowanych i starałbym się oddalić na zewnątrz, o ile można jak najprędzéj produkty zapalne. W ten sposób nie spłynie z pewnością dla chorego żadna szkoda, przeciwnie w wielu razach zagrożone życie jego będzie ocaloném, lub przynajmniéj czas leczenia znacznie skróconym.

W końcu pozwólcie mi Panowie dodać słów kilka co do techniki téj operacyi, jeśli w ogóle dziś w téj mierze rozprawiać można.

Co do kierunku cięcia brzusznego najodpowiedniejszém zdaje się być w przeważnéj liczbie przypadków cięcie w linii

środkowéj, a tam, gdzie rozpoznanie nie jest zapewnionêm, jest ono bezwątpienia jedynie słusznêm, zwłaszcza jeśli poprowadzonêm będzie między pępkiem a spojeniem kości łonowych, ze względu, iż otwory przedziurawienia częściéj napotyka się w dolnéj połowie brzucha i zkąd téż najłatwiéj utorować sobie drogę do całéj jamy brzusznéj. Tylko wówczas gdy pewne dane przemawiają za przedziurawieniem wyższych części jelita lub żołądka, cięcie powyżéj pępka jest uzasadnionêm, a wobec niezbicie rozpoznanego przedziurawienia żołądka w dnie przyjmuje ono kierunek poprzeczny. Również w obec przedziurawienia wyrostka robaczkowego korzystniejszêm byłoby cięcie ukośne, biegnące równolegle z więzem Pouparta i grzebieniem kości biodrowéj, odpowiednio do położenia kiszki ślepéj i okrężnicy wstępującéj.

Operując w całkiem świeżym przypadku z powodu zranienia, pierwszą rzeczą jest usunięcie krwi i podwiązanie uszkodzonych naczyń, tak jak przy rozwiniętêm zapaleniu otrzewny pierwszêm zadaniem jest wydalenie wypociny. Krwotoki z miąższowych narządów, z śledziony i wątroby, wymagają użycia termokauteru. Jeśli domyślne położenie otworu przedziurawienia przed operacyją nie wytknie nam pewnéj drogi poszukiwania, wyśledzenie go połączone jest nieraz z trudem a pęknięcia, jak słusznie zauważył B e c k, nawet na stole sekcyjnym budzą nie mało trudności dla badającego. Nie sądzę jednak, aby ta okoliczność odstraszyła od laparotomii, têm mniéj, że przy troskliwêm oglądaniu jelita na całéj jego długości, co łatwo da się uskutecznić przez kolejne wyciąganie jednéj pętli za drugą bez potrzeby wydobycia naraz wszystkich jelit na zewnątrz, udaje się łatwo zazwyczaj odnaleźć miejsce przedziurawienia. — W obec silnéj jednak bębnicy koniecznością jest prawie część jelit od razu na zewnątrz wydostać. Dość często ograniczone zapalenie otrzewny i otorbiona wypocina zdradzi siedzibę otworu przedziurawienia, lub wypływająca treść jelita, względnie żołądka odsłoni go naszym oczom. Zresztą i tu, podobnie jak w innych ciężkich operacyjach brzusznych, wzbogacone doświadczenie i udoskonalenie techniki uprości niezawodnie całe postępowanie, a licząc na to dodam tylko przestrogę, aby nigdy w zapaleniu otrzewny, któréj przyczyna bliżéj jest nieznana, nie pomijać okolicy kiszki ślepéj, przy któréj troskliwêm zbadaniu przebicie wyrostka robaczkowego nie może ujść uwagi. Zapalenie otrzewny samoistne, tak rzadko tylko występujące, dopiero po wykluczeniu wszystkich możliwości z ostrożnością w rachubę wciągnąć się godzi.

Mając otwór przedziurawienia, przedstawiający nie zbyt wielki ubytek w ścianie jelita lub żołądka, wypada odświeżyć brzegi jego i zespoić dwurzędnym szwem jelitowym, do czego jedwab właściwszym mi się wydaje od katgutu, gdy nie brak objawów zapalenia otrzewny w otoczeniu miejsca przedziurawionego. Przytulone do siebie za pomocą szwu powierzchnie otrzewny nie podlegają w tym razie tak rażno i silnie zlepieniu jak w otrzewnie prawidłowéj, pożądanêm jest przeto przynajmniéj mechaniczne zamknięcie otworu przedziurawienia przez czas dłuższy przy pomocy źle chłonionego materyjału. Bez odświeżenia brzegów obejść się mogą jedynie świeże pęknięcia i rany kłute, zresztą należy w każdym przypadku tyle wyciąć, aby można zakładać szew w zupełnie zdrowych częściach, a obojętną jest rzeczą w razie małego ubytku, czy brzegi jego odświeżymy i łączymy w poprzecznym, czy też w podłużnym kierunku. U mego chorego wyleczonego wynikło w skutek wycięcia i zespojenia w kierunku podłużnym znaczne ścieśnienie światła jelita, które nie pociągnęło w następstwie objawów zwężenia, lecz mimo tego na przyszłość w podobnych przypadkach, jak w ogóle przy większych ubytkach, wybrałbym połączenie w kierunku poprzecznym. Trzebaby wówczas aby przeszkodzić zagięciu jelita wyciąć podwójny kawał klinowy dosięgający wierzchołkiem krezki a nawet nie zawahać się, jeśli zachodzi potrzeba, przed odcięciem mniejszego lub większego odcinka okrężnego, nieuniknionêm prawie w przypadkach zranienia części krezkowéj jelita lub kilkukrotnego przedziurawienia, o jakiêm myśleć należy w każdêm zranieniu brzucha, a zwłaszcza w obec ran kłutych i postrzałowych. W przedziurawieniu tylnéj ściany żołądka wobec utrudnionego wprost dostępu przez silne zrosty korzystać wolno z wytkniętéj przez C z e r n e g o drogi w celu wycięcia wrzodu usadowionego na tylnéj ścianie żołądka, a to otwierając przednią ścianę żołądka i ujmując w szew tylną od błony śluzowéj.

B e r g e r omawiając przypadek B o u l l e g o w Towarzystwie chirurgicznêm paryskiêm zapytał się, czyby nie było korzystniéj w przypadkach przedziurawienia zamiast zakładania szwu jelitowego przysposobić przetokę kałową a to wychodząc z doświadczenia, że stosunkowo często po szwie jelitowym przychodzi do przetoki kałowéj, przez co bezwątpienia życie operowanego w wysokim stopniu bywa zagrożonêm. Mojêm przekonaniem możemy bez zrzeczenia się zbyt cennych korzyści, z bezpośredniego zespojenia miejsca przedziurawionego wynikających, uczynić zadość i téj ewentualności, wprowadzając sączek aż w pobliże zeszytego jelita, przez co stwarzamy drogę gotową w razie wytworzenia się przetoki. Têm więcéj zaś dogadza mi ten sposób, że zaspokaja inne względy, dla których drenowanie po laparotomii z przyczyny przedziurawienia cenne oddaje usługi. Zanim jednak dotknę tak ważnego zagadnienia, niechaj mi wolno będzie poruszyć wpierw nie mniéj ważny punkt dotyczący tualety jamy otrzewnowéj. Rzeczą jest jasną, że tualeta jamy brzusznéj w przedziurawieniu żołądka lub jelita, bez względu na to, czy otrzewna dopiero co zetknęła się z treścią jelita lub żołądka, czy téż nie brak już objawów gnilnego zapalenia otrzewny, nie równie większą ma doniosłość, niż w przebiegu łaparotomii wykonanéj na niezmienionéj otrzewny, gdzie postępowanie to ma więcéj znaczenie ochronne. Dla tego téż w możliwości przeprowadzenia najściślejszéj tualety, płodnéj w skutki lecznicze, leży bezwątpienia przyszłość naszéj operacyi. Trudnêm staje się położenie, jeśli do przebiegu ostrego, gnilnego zapalenia otrzewny dołączą się objawy zapadu, bo w tym razie, jak w ogóle wobec rozpostartego zapalenia otrzewny, trzeba rozstać się z użyciem silnych środków odkażających, które przez rozległe zetknięcie się z otrzewną żywo wsysającą wzniecają niebezpieczny zapad lub już istniejący potęgują. Wątpliwêm zaś jest bardzo, czy dosyć skutecznemi będą natomiast słabsze środki przeciwgnilne, niezagrażające całemu ustrojowi, lub wypłukiwanie jakąś obojętną cieczą, np. pierwéj odgotowanym rozczynem 6% soli kuchennéj. Do wdzięcznych zaiste należałoby zadań szukać na drodze doświadczalnéj sposobu, wiodącego do przerwania rozwiniętego zapalenia otrzewny, a przypuszczać się godzi, że mimo niepomyślnych dotąd wyników przecież jeszcze kiedyś wyjdą na jaw drogi i środki pewne zwycięztwa w walce z ostrêm gnilnêm zapaleniem otrzewny. Pomyślniejsze o wiele stosunki napotykamy w ropnêm zapaleniu otrzewny, pociągającêm często liczne zlepy pętli jelita między sobą i z ścianami brzu-

sznemi, gdyż wystarcza tu często na podstawie dotychczasowego doświadczenia jedynie wydalenie wypociny, aby zwalczyć zapalenie otrzewny. O ile w tych przypadkach oczyszczenie troskliwe jamy otrzewnowéj za pomocą gąbek bez wypłukiwania zdaje mi się być dostateczném, o tyle za niezbędne uważam tu dokładne drenowanie schorzałych części jamy otrzewnowéj.

Żywo tkwią zapewne w pamięci każdego z Panów różnice zapatrywań, ścierających się jeszcze przed kilkoma laty co do wartości drenowania jamy otrzewnowéj w ogóle, które głośna przed 5 laty praca Bardenheuera zdawała się przechylać chwilowo na stronę tego zabiegu. Równocześnie prawie z Bardenheuerem ogłosiłem pracę w tymże samym kierunku podjętą [1]), która doprowadziła mnie jednak do wprost przeciwnych rezultatów, wskazując mi, że drenowanie jamy otrzewnowéj nietylko za zbyteczne, lecz nawet za niebezpieczne uważać należy ze względu, że otwiera ono drogi do następowego zakażenia otrzewny. Poglądy moje z biegiem doświadczenia potwierdziły się i zyskały uznanie u przeważnéj liczby chirurgów. Nieodmiennie wyznając do dziś dnia też same zasady, dopóki mam do czynienia z prawidłową, niezakażoną otrzewną, jestem przecież zdania, że w obec rozwiniętego zapalenia otrzewny z obfitą wypociną nieodzownêm jest stworzenie otworu do jamy otrzewnowéj za pomocą silnego sączka. Pominąwszy tu bowiem ustanie obawy następowego zakażenia, warunki w prawidłowéj otrzewnie napotykane uległy tak gruntownemu przeobrażeniu, że zarzuty przeciw drenowaniu jamy otrzewnowéj podnoszone straciły swą wartość i znaczenie. Drugi i trzeci z opisanych tu przypadków, a niemniéj przywiedziony w przypiskach przypadek, niewątpliwém są w tym kierunku świadectwem, dwa z nich doznały następowego rozstąpienia się niedrenowanéj rany brzusznéj w skutek gwałtownego napierania nagromadzonéj poza nią wydzieliny. Przez założenie drenu czas leczenia w pierwszym przypadku skróciłby się niezawodnie, w drugim chory, który mimo pomyślnego zrazu przebiegu nie ostał się w obec następstw pęknięcia rany brzusznéj, zostałby może ocalony. Jak już wspomniałem należy przynajmniéj jeden sączek grubości palca wprowadzić aż w pobliże zespojonego jelita, w rozległém jednak zapaleniu otrzewny nie będzie zbytecznêm nawet kilka sączków zmierzających w rozmaitych kierunkach z rany brzusznéj rozmieścić. Aby zaś przeszkodzić następowemu rozejściu się jamy brzusznéj, odpowiednią wydaje mi się druga jeszcze wskazówka, na którą naprowadziła mnie w moich przypadkach myśl, czy nie zakażenie wypociną otrzewnową tamuje bezpośrednie zrośnięcie się powłok brzusznych, bez trudności zazwyczaj następujące. Zmiany zapalne otrzewny opóźniają bezsprzecznie zlepienie się brzegów w szew ujętych, przez co jama otrzewny od rany w powłokach brzusznych nie zyskuje tak szczelnego zamknięcia, jak to ma miejsce w otrzewnie wolnéj od zmian. Dla tego téż jest zamiarem moim na przyszłość w podobnych razach, jak to niektórzy w każdéj laparotomii zalecają, połączyć najpierw dokładnie brzegi otrzewny jednociągłym szwem, a posypawszy zlekka linię szwu pyłem jodoformu przystąpić dopiero do zespojenia rany brzusznéj.

Wybaczcie Panowie, że nader długo zajmowałem uwagę Waszą przedmiotem, do którego tak mało dodatnich doświadczeń zebraliśmy, może jednak powiodło mi się rozbudzić dalsze, płodne w skutki usiłowania w tym kierunku, choć nie waham się wyznać, że zrazu wypadnie zadowolić się bodaj skromnym tylko wynikiem. Jeżeli zważymy jednak, ile trudów i znoju umysłowego niesie w ofierze dzisiejsze pokolenie w celach wykształcenia i udoskonalenia operacyi raka, któréj ostateczny wynik nie więcéj niż skromnym nazwać się godzi, wówczas mamy prawo rokować, że rezultat naszych usiłowań nie gorzéj opłaci nam trudy dalszego rozwoju dziś roztrząsanéj kwestyi, bo choćby tylko mała cząstka operowanych uszła z życiem, wynik będzie w każdym przypadku przecież zupełny.

[1]) *Uiber die Anwendung der Antisepsis bei Laparotomie mit besonderer Rücksicht auf die Drainage der Peritonealhöhle. Langenb. Arch. XXVI. H. 1.*

---

## III. Przyczynki do nerwic narządu moczo-płciowego.

Skreślił Dr. B. Skórczewski
lekarz zdrojowy w Krynicy.

### I. Białkomocz przemijający.

Przedmiotem dosyć licznych prac w literaturze ostatnich lat była sprawa pojawiania się białka w moczu u ludzi zdrowych, u ludzi, u których nieusprawiedliwionêm byłoby podejrzenie, iż u nich znajdują się jakiekolwiek chorobowe zmiany anatomiczne w nerkach. Bartels (*Handbuch der Krankheiten des Harnapparates* 1875. I. 37) wypowiada stanowczo: „iż zupełnie zdrowe nerki mogą z moczem wydzielać białko skutkiem zmienionego parcia krwi w naczyniach“. Co do białkomoczu przemijającego jednak, wspomina zaledwie o spostrzeżeniach Hupperta, iż tenże występuje po napadach padaczkowych, nawet po napadach nierozwiniętych, oraz nadmienia, że Stokvis przypisuje to zjawisko nerwom, a mianowicie mniema, że przez porażenie nerwów naczyniowych w nerkach występuje zaburzenie w krążeniu i wydziela się białko w podobny sposób, jak to ma miejsce po przecięciu nerwów naczynio-ruchowych otaczających tętnicę. Przyczyna zaś porażeń tych nerwów naczynio-ruchowych nerek może leżeć nie tylko w najbliższém sąsiedztwie nerki ale także daléj, w ośrodkach nerwowych.

To jest niemal wszystko, co odnośnie do tego przedmiotu znajdujemy w dziele Bartelsa, gdzie nawet nie uwzględniono tutaj zaliczyć się dających wielu przypadków białkomoczu przemijającego lub przepuszczającego, jakie zdarzają się w zakażeniu zimniczém. Bartels widział tylko trzy tego rodzaju przypadki: w jednêm było miąższowe zapalenie nerek, w dwóch zaś był sam białkomocz, który występował skutkiem gorączki zimniczéj. A jednak już Colin (*Traité des fièvres intermittentes 1870.* str. 187.) wspomina, iż białkomocz przemijający występuje niekiedy w samym początku napadu, w okresie dreszczów, a Griesinger (*Handbuch* 1864. str. 37) opisuje przypadek białkomoczu przepuszczającego, występującego niezależnie od gorączki, do któregoto przypadku odwołuje się Hertz (*Ziemssens Handbuch* 1874. str. 604).

W naszym kraju białkomocz przepuszczający a pochodzący od zakażenia zimniczego nie należy do zjawisk zbyt wyjątkowych. Taki białkomocz albo towarzyszy napadom gorączkowym, albo występuje daléj zwykle w tym samym torze po usunięciu napadów gorączkowych, albo téż w końcu występuje napadami sam przez się, jako t. zw. zimnica utajona.

Lubo ten rodzaj białkomoczu przemijającego, występujący pod wpływem zakażenia zimniczego prawdopodobnie rozwija się na podstawie zaburzeń w układzie nerwów naczynio-ruchowych, to przecie trudno wykazać stanowczo, iż wyłącznie tylko nerwy odgrywają tu główną rolę a nie sam przyrzut zimniczy, albo też niższego lub wyższego stopnia gorączka, a powtóre również niełatwém byłoby udowodnić, ażali nie jestto początek rozwoju anatomicznych zmian w nerkach, które istotnie dosyć często spotyka się w zakażeniu zimniczém, a które posiadają niektóre swoiste znamiona (Kiener i Kelsch, Soldatow).

Białkomocz u ludzi względnie zdrowych, u ludzi niedotkniętych wyraźném cierpieniem nerek, z téj przyczyny nie jest należycie opracowanym w tym powszechnie używanym podręczniku lekarskim, ponieważ, pominąwszy dawniejsze ogólnikowe spostrzeżenia Becquerela, Simona, Schmidta, Canstatta, Frerichsa, Vogla, dopiero w ostatnim dziesiątku lat sprawa zjawienia się białka w moczu przy zdrowych nerkach stała się przedmiotem prac licznych, a nawet dosyć obszernych. W każdym jednak razie to, co dotychczas w tym kierunku zrobiono, uważać można jedynie za pierwsze kroki do rozjaśnienia licznych zagadnień fizyjologicznych, etyjologicznych i patogenetycznych, dotyczących zjawiania się białka w moczu.

Te spostrzeżenia w ogóle są nieliczne, a przeważna ich część skierowaną jest do tego przypuszczenia, że występowanie białka w moczu u ludzi zdrowych uważać należy za sprawę fizyjologiczną, czyli innemi słowy, iż białko stale i zawsze znajduje się w moczu ludzkiém, ale w małéj ilości i dla tego przy dotychczasowym sposobie badania zwykle się go nie wykrywa. To przypuszczenie wypowiadali różni badacze, a obszernie rozwinął je Senator w dziełku p. t. *Die Albuminurie im gesunden und kranken Zustande.* Berlin 1882. 8° str. 115.

Za prawdopodobieństwem tego przypuszczenia prócz wielu rozumowanych dowodzeń najwięcéj przemawiają badania ku temu celowi skierowane, a przeprowadzone na większym szeregu ludzi zdrowych. Leube (*Arch. f. klin. Med.* 1877) badał 119 żołnierzy zdrowych i znalazł białko w moczu rano u 5 a następnie jeszcze u 14 po ćwiczeniach, razem u 19 osób, czyli 16%. U niektórych białka było około 0.1%. Munn (*New York med. Record* 1879) badając 200 osób zdrowych celem ubezpieczenia na życie znalazł u 24 białko w moczu czyli 12%. Kleudgan (*Arch. f. Psych. u. Nervenkrank,* XI) badając 32 zdrowe osoby znalazł u 14 białko w moczu, czyli 43%, a nawet i u innych, gdy ciężar gatunkowy moczu przekraczał 1014. Fürbringer (*Zeitschrift f. klin. Med. 1880*) badając mocz 61 zdrowych 3—6 letnich dzieci znalazł u 7 białko, czyli 11%. Leroux (*Revue de Méd.* 1883) u 330 zdrowych dzieci znalazł 19 razy białkomocz, czyli 5%. Capitan (*Rech. exp. et clin. sur les album. trans. Paris* 1883) znalazł na 98 badanych zdrowych żołnierzy u 44 białkomocz, czyli 44%; a na 92 zdrowych dzieci od $1\frac{1}{2}$—18 lat u 38, czyli 41%, Coignard (*Union med.* 1884) u 480 rozmaitych osób 235, czyli 49%.

Otóż z tych liczb okazuje się, że w ostatnich kilku latach nadmienieni autorowie badali mocz u 1412 osób zdrowych, a między tymi znaleźli białko u 400, osób czyli przeszło 28%. Jestto istotnie wysoki odsetek, i nie można przeczyć, że on przemawia za przypuszczeniem, iż wydzielanie białka z moczem jest sprawą fizyjologiczną, a to tém więcéj, że ten odsetek u niektórych badanych dochodzi do 49. Oprócz tego znajdujemy jeszcze w literaturze za tém przypuszczeniem przemawiające spostrzeżenia, które jednak nie są w liczby ujęte. Vogel (*Virchows Handbuch der Pathologie*) spostrzegał przypadki białkomoczu bez choroby nerek u ludzi zupełnie zdrowych. W jednym z nich białkomocz był tylko w dzień. Ultzmann (*Wien. med. Presse.* 1870) śledził białkomocz u 8 silnych zdrowych lekarzy. U jednego z nich spostrzegał białko przez 2 lata, u drugiego białko zjawiało się tylko niekiedy: mianowicie w moczu z nocy, który był gęstym, znajdowało się dużo białka, a w dzień albo po przechadzce był zaledwie ślad białka. Dukes (*Brit. med. Jour.* 1878) ogłosił 10 przypadków białkomoczu u ludzi zdrowych w wieku 13 do 17 lat. Marcani (*Gaz. hebdom.* 1879) dowolnie mógł wydzielać białko z moczem, jeżeli bowiem przez 10—15 minut robił ruch obrotowy odnogami górnemi tak, że tętno wzmagało się z 75 na 115 uderzeń na minutę, to zaraz w moczu występowało białko. W moczu z nocy nigdy go nie było. Bull (*Nordiskt. med. Arkiv.* XI.) opisuje przypadek, w którym u 27 letniego zdrowego lekarza znalazł około 0·1% białka w moczu. Po dłuższém badaniu przekonał się, że w moczu z nocy białka nie było, ale w następnym występowało dosyć często. Czasem całkiem znikało. Huppert (*Prag. med. Woch.* 1880, 1881) podaje, że u ludzi ze zdrowemi nerkami może występować białko w moczu, i może dochodzić do 0·5%. Guéneau de Mussy (*Clin. med.* II) spostrzegał białko w moczu u ludzi zdrowych; badał je w jednym przypadku 12 lat a w drugim 14 lat, lecz nie dostrzegał żadnych złych następstw. Fürbinger (l. c.) śledził 29 letniego lekarza, który przypadkiem w moczu własnym znalazł rano białko. Pod tém wrażeniem w parę godzin było dużo białka w moczu, a wieczór nie było ani śladu. Następnie zjawiało się ono w mniejszéj lub w większéj ilości, a nawet ustępowało zupełnie. Dużo białka występowało po złéj wieści, po zmartwieniu, po przestrachu i dochodziła wtedy ilość jego do 0·6%. Nadto opisuje téż, że u 3 zdrowych silnych ludzi spostrzegał białko w moczu, ale tylko około południa i rano, popołudniu białko znikało. Runeberg (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1880) w dwóch przypadkach białkomoczu u zdrowych ludzi spostrzegł, że w spokoju i podczas nocy wzrastała ilość moczu, a zmniejszała się ilość białka, przy ruchach zaś i podczas dnia bywało przeciwnie. Senator (l. c. często znajdował ślady białka u ludzi zdrowych zwłaszcza przed jedzeniem około południa. Badając mocz własny i 3 lekarzy wykrywał białko: u siebie między godziną 11 a 1, wyjątkowo po objedzie lub w nocy, u dwóch zaś lekarzy w czasie trawienia, a u jednego wybitnie wpływało pożywienie mięsne na zjawianie się białka. De la Celle de Chateauborg (*Thèse. Paris* 1883) twierdzi, że prawie u wszystkich ludzi można wykryć przemijający białkomocz zaprawiając mocz jodkiem rtęci i octanem potasowym. Białko szczególniej występuje po zmęczeniu cielesném lub umysłowém, po zimnych kąpielach, po pobudzeniach płciowych. Zjawia się ono tak u dzieci jak u osób starszych, ale u tych ostatnich w mniejszéj ilości. Trawienie w spokoju mały ma wpływ na zjawianie się białka.

Z tego przeglądu przekonywamy się, że wszystkie przytoczone spostrzeżenia odnoszą się do sprawy fizyjologicznéj zjawiania się białka w moczu, gdyż wszystkie dotyczyły osób zupełnie zdrowych, a prócz tego przyczyny, jakie podawano dla zwiększenia się ilości białka, również nazwać można fizyjologicznemi. Ale i pod względem tych przyczyn nie zdołano orzec czegoś stanowczego. Najwybitniéj występ-

puje wpływ bodźców psychicznych w spostrzeżeniach Fürbringera, pracy mięśniowéj zaś w spostrzeżeniach Leubego, Marcacciego, Runeberga, Chateaubourga. Co do pory dnia, kiedy najczęściéj zjawia się białko, to również nie ma w tém nic stanowczego, albowiem Ultzmann w jednym przypadku odkrywał białko tylko w moczu z nocy, gdy Bull widział przeciwnie: że nigdy nie było białka w moczu z nocy, ale że bywało w moczu następnym; Fürbringer w 3 przypadkach wykrywał białko tylko około południa lub rano a nigdy popołudniu; Senator spostrzegał białko przeważnie między godziną 11tą a 1szą a Leroux między godziną 1szą a 3cią. (C. d. n.)

## IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. O. Messerer (w Monachijum): **O znaczeniu sądowo-lekarskiém rozmaitych postaci złamań kości.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

*c)* Złamania przez zginanie.

Występują w dwojaki sposób: albo kość spoczywa na jakiéjś podstawie na obydwóch swych końcach a siła działa na nią w środku (fig. 12), albo też kość przytwierdzoną jest tylko w jednym końcu, a siła działa na drugi koniec (fig. 13); pierwszy sposób zdarza się głównie śród przejechania, drugi wśród uszkodzenia przez machiny, chwytające jakąś odnogę. Złamania skutkiem zginania częstokroć są poprzeczne lub ukośne, najczęściéj atoli mają postać charakterystyczną. Wiadomo bowiem, że w skutek zaginania każde ciało proste, podłużne, otrzymuje stronę wypukłą i wklęsłą. Otóż częstokroć kość zgięta rozpada się na 3 części (fig. 14), albowiem w miejscu największéj wklęsłości wyłamany zostaje kawał klinowaty, którego podstawa odpowiada wklęsłości. Mechanizm tego złamania jest następujący: Skutkiem zgięcia części leżące po stronie wypukłéj ulegają rozciągnięciu, leżące zaś po stronie wklęsłéj ulegają ściśnięciu, zgęszczeniu. Gdy więc po stronie wypukłéj na miejscu największego rozciągnięcia rozpoczyna się pękanie części, złamanie nie przechodzi, jakby się spodziewać należało, poprzecznie przez ciało, lecz okala części zgęszczone, przez co klin wysadzony zostaje. Rzadko atoli przychodzi do rzeczywistego wyłamania klinu, najczęściéj widać tylko ślad złamania klinowatego, w postaci rozpadlin, które mają postać klinową (fig. 15 i 16). Jeżeli więc lekarz sądowy na trupie znajduje złamanie klinowe lub przynajmniéj rozpadliny charakterystyczne, wtedy ma prawo czynić dwa wnioski: raz, że złamanie powstało skutkiem uginania, a powtóre, że podstawa klinu odpowiada stronie wklęsłéj, a tém samém dany jest kierunek, w którym uraz działał.

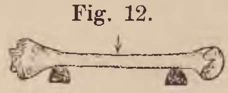
Fig. 12.


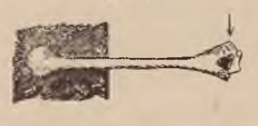
Fig. 13.


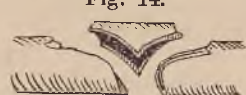
Fig. 14.


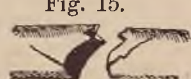
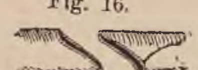
Fig. 15.


Fig. 16.


*d)* Złamania skutkiem przezwyciężenia wytrzymałości opornéj. Tu siła działa jak na słupie obciążonym wzdłuż osi podłużnéj kości, aby wywołać wygięcie i złamanie w środku lub przez zesunięcie końców (fig. 17). Najłatwiéj złamanie następuje w środku kości; tu zaś na względnie małym przekroju umieszczoną jest istota zbita, na końcach zaś (nasadach), gdzie mniejsze jest niebezpieczeństwo, na przekroju większym znajduje się istota miększa gębczasta. Stósunki te sprawiają, że wytrzymałość kości podłużnéj na wszystkich przekrojach jest jednaką, a ztąd to pochodzi, że jedna i ta sama kość, np. sprychowa, równie często ulega złamaniu przeźciśnięcie nasad, jak skutkiem wygięcia trzonu. Fig 18—21 przedstawiają szereg złamań pierwszéj kategoryi; fig. 18 złamania w nasadzie kości ramieniowéj, fig. 19 w nasadzie goleniowéj, fig. 20 kości sprychowéj a fig. 21 szyi kości udowéj. Złamanie drugiéj kategoryi uzmysłowia fig. 22; jest to złamanie trzonu skutkiem wygięcia, a mianowicie jest to złamanie klinowe z podstawą klinu zwróconą ku stronie wklęsłéj kości przegiętéj. Są to zarazem złamania pośrednie, bo siła działa tu na końce kości, a więc na miejsca odległe od złamania.

Fig. 17.

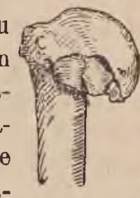
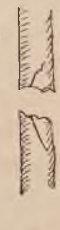

Fig. 18.


Fig. 19.


Fig. 20.

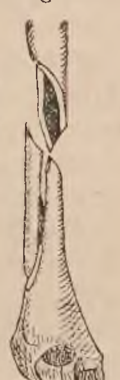

Fig. 21.


Fig. 22.


*e)* Złamania w skutek skręcenia *(torsio)*.

Jeżeli się trzyma kość w jednym końcu a koniec drugi skręca, powstaje złamanie charakterystyczne, kręte, śrubowate (fig. 23 i 24). Na żywych zdarzają się także złamania, jeżeli np. ktoś ugrzęznie nogą w szynie kolejnéj i szybko się obróci, ale także w wielu przypadkach uszkodzenia przez machiny. Na takich złamaniach można rozpoznać nie tylko sposób działania siły, ale i kierunek, albowiem linija śrubowata przebiega zawsze równolegle do kierunku skręcenia; tak w kości udowéj (fig. 23) skręcenie nastąpiło ku prawéj, w kości ramieniowéj (fig. 24) ku lewéj. Zdarzają się także złamania, w których poznać można tylko ślad skręcenia; widzimy wtedy tylko rozpadlinę krętą, podczas gdy brak właściwego złamania pionowego na początku i końcu rozpadliny.

Fig. 23.


Fig. 24.


Zbyteczna prawie dodać, że zdarza się i powikłany mechanizm złamania, w skutek czego postać złamania będzie powikłaną lub nietypową.

*f)* Złamania postrzałowe.

Według doświadczeń Bornhaupta i Delorma pociski z broni palnéj zdają się także wywoływać charakterystyczne postacie złamania w kościach rurkowych. Zazwyczaj bowiem kula nie przeszywa trzonu, jako ciała zbitego, lecz wywołuje na nim rozpadliny, opisujące figurę podobną do krzyża greckiego ×.

Otóż główne postacie złamań kości tak czaszki jak kadłuba i odnóg w miarę sposobów działania siły. Jeżeli Dr. Messerer wyraża nadzieję, że rzecz ta ma wielką doniosłość nie tylko dla klinicysty tak pod względem rozpoznawczym jak i pod względem rokowania, ale także dla lekarza sądowego, to przypuszczenie jego jest zupełnie usprawiedliwione, a mając silne przekonanie, że autor tém jasném przedstawieniem kwestyi oddał wielką usługę praktyce sądowolekarskiéj, pospieszyliśmy podzielić się niém z szan. czytelnikami tygodnika naszego, polecając je głównie uwadze kolegów ściślejszych. *Prof. Blumenstok.*

Bunge: **O przyswajaniu żelaza** [1]).

Praca niniejsza odpowiada na pytania: w jakiéj formie ulega żelazo resorpcyi i asymilacyi śród normalnych warunków, oraz z czego tworzy się hemoglobina? W tym celu najlepiéj badać związki żelaza w mleku i żółtku, ponieważ i w jednêm i w drugiém, jako w pokarmach pierwiastkowych, mieścić się musi materyjał do tworzenia hemoglobiny.

Wszystko żelazo żółtek jaj kurzych mieści się w części żółtek nierozpuszczalnéj w alkoholu i eterze ($^1/_3$ całkowitéj wagi suchego żółtka); musi ono tworzyć związek organiczny, skoro z pozostałości, nierozpuszczalnéj w alkoholu i eterze, wyciągnąć się daje zapomocą alkoholu z kwasem solnym. Metoda dla otrzymania owego nieznanego związku jest następująca: przez toczenie żółtek po papierze do filtrowania pozbawia się je śladów przylegającego białka, następnie wyciąga eterem. Pozostałość, nierozpuszczalna w eterze, rozpuszcza się zupełnie w bardzo rozcieńczonym kwasie solnym (1‰), zkąd powstaje płyn opalizujący i łatwo dający się filtrować, jeżeli 1‰ kwasu solnego użyto w znacznéj ilości. Przesącz jest zawsze mętnawy, nigdy nie bywa przejrzysty. Na sączku pozostają tylko odpadki i otoczki żółtek. Do przesączu dodaje się sztucznego soku żołądkowego (błona śluzowa żołądka wieprzowego, wytrawiona 2, 5‰ kwasem solnym). Przy zwykłéj temperaturze, nawet po dłuższém staniu, nie powstaje przez to żadna widoczna zmiana; płyn jednak mętnieje, jeżeli się go ogrzewa do temperatury ciała ludzkiego, przy czém powoli opada na dno osad prawie bezbarwny (słabo żółtawy). W tymto osadzie mieści się wszystko żelazo.

Dla skoncentrowania dodano do opalizującego roztworu w kwasie solnym zamiast soku żołądkowego taką samą ilość 2. 5‰ HCl i poddano temperaturze ciała ludzkiego. Nawet po kilkotygodniowém staniu nie powiększyło się zmętnienie. Zdaje się więc, że osad, zawierający żelazo, wydziela się z więcéj skomplikowanego związku przez działanie zaczynu.

Osad wypłukuje się najprzód 1‰ kwasem solnym, a potém wodą, poczém się go kilkakrotnie gotuje w alkoholu i wreszcie wyciąga eterem. Następnie rozpuszcza go się w amoniaku, filtruje i strąca przejrzysty filtrat alkoholem. Powstały ztąd osad, zawierający wszystko żelazo, przemywa się alkoholem, rozprowadza następnie w alkoholu i dodaje kwasu solnego aż do nastania wyraźnie kwaśnego odczynu. Wreszcie raz jeszcze przemywa się go alkoholem i gotuje dopóty, dopóki z filtratu nie znikną ślady chloru, a w końcu wytrawia, jeszcze eterem i przemywa tymże na filtrze, przyczém się cała masa skupia, staje jednorodną, a po ulotnieniu się eteru zupełnie przejrzystą, żółto-bronzową, usianą szczelinami i rozpada się wreszcie na oddzielne odłamy o ostrych brzegach. Po roztarciu tych odłamów otrzymuje się miałki, żółtawy proszek, który się suszy naprzód w próżni nad kw. siarkowym, a potém w suszarni przy 110°. W ten sposób z 200 żółtek ważących 2258 grm. otrzymano 34 grm., związku żelaza, który autor **hematogenem** nazywa. Że żelazo w powyższym preparacie nie mieści się ani w postaci soli, ani też białkanu, lecz tworzy związek organiczny, za tém przemawia fakt, że osad zawierający żelazo, wydzielił się z roztworu kw. solnego i że po dodaniu kropli $S(NH_4)_2$ do amoniakalnego roztworu otrzymanego preparatu, dopiero po upływie $^1/_2$ godz. następuje słabe, zielonkowate zabarwienie.

Roztwór hematogenu w żrącym potażu (KHO) jest żółtawy; po kilku dniach jednak wydziela się z roztworu część żelaza jako czerwono-brunatny osad tlenku żelaza, znacznie prędzéj przy podwyższeniu temperatury. Z roztworów amoniakalnych nie wydziela się tlenek żelaza nawet po kilku tygodniach ani przy zwykłéj temperaturze, ani po zagotowaniu. Za dodaniem do amoniakalnego roztworu żelasinku potasu i nasyceniu kwasem solnym opada zrazu biały osad, zabarwiający się powoli na niebiesko i o tyle prędzéj, o ile większy jest nadmiar kw. solnego i im kw. solny jest więcéj skoncentrowany. Za dodaniem do amoniakalnego roztworu Ferridcynkalium i kw. solnego osad pozostaje białym. Tym sposobem żelazo z otrzymanego związku wydziela się jako tlenek.

Oprócz Fe mieszczą się w hematogenie ślady Ca, Mg, i Cl, nadto Ph. w znacznéj ilości. Na podstawie stosunków rozpuszczalności hematogen zaliczyć wypada do grupy nukleinów. Dotychczas nie wykrywano w nukleinach żelaza, przypisać to chyba należy okoliczności, że dla otrzymania tychże rozpuszczano je kilkakrotnie w alkoholu i strącano kwasami, przyczém się Fe wydziela w postaci tlenku, zwłaszcza z roztworów w alkaliach i przy podwyższonéj temperaturze

Wyniki analizy elementarnéj hematogenu zawarte są w następującéj tablicy:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Śred. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 42·20 | 42 01 | — | — | — | — | — | — | — | 42.11 |
| H | 6·02 | 6·13 | — | — | — | — | — | — | — | 6·08 |
| N | — | — | 14·63 (v. k.) | 14·82 (D) | — | — | — | — | — | 14·73 |
| S | — | — | — | — | — | — | — | 0·54 | 0·55 | 0·[illegible]5 |
| P | — | — | — | — | 5·17 | 5.17 | 5·20 | 5·23 | — | 5·19 |
| Fe | — | — | — | — | 0·287 | 0.291 | — | — | — | 0·29 |
| O | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 31·05 |

Jeżeli hematogen tworzy oddzielny związek chemiczny, to w takim razie związek ten jest najwięcej złożony ze wszystkich dotychczas znanych. Stanowi on bezwątpienia materyjał do wytwarzania się hemoglobiny; musi jednak wtedy w odszczepionéj drobinie, zawierającéj żelazo, nastąpić głębiéj sięgające przemieszczenie się atomów, przyczém żelazo przechodzi ze stanu związku luźnego do bardzo trwałego. Analogija pomiędzy wynikami rozbiorów nukleiny, hematogenu i hemoglobiny jest uderzającą.

Na podstawie dalszych badań nad zawartością żelaza w mleku i roślinach (*Cerealia, Leguminosa*) twierdzić można, że pokarm nasz nie zawiera wcale nieorganicznych związków żelaza. Żelazo znajduje się w naszym pokarmie tylko w postaci złożonych organicznych związków, które powstają przez proces życia rośliny. W formie téj żelazo ulega wessaniu i przyswaja się; ze związków powyższych tworzy się **hemoglobina**.

Badania autora stoją niby w sprzeczności [1]) z faktem [2]),

---

[1]) Na znakomitą tę pracę dorpackiego fizyjologa zwracamy szczególniejszą uwagę pp. klinicystów i lekarzy praktykujących. *Przyp. Spraw.*

[1]) Zdaniem naszém nietylko że sprzeczności żadnéj tu nie ma, ale nawet mieści się ważny argument przeciwko skuteczności w ogóle nieorganicznych związków żelaza w bladaczce. To co v. Bunge wykazał, jest faktem, niedającym się obalić, to co z faktu wysnuł, czeka tylko na dalsze potwierdzenie, spostrzeżenia terapeutów są tylko hypotezą, na empiryzmie opartą, stojącą

że nieorganiczne związki żelaza przyspieszają tworzenie się hemoglobiny u chlorotycznych. Sprzeczność ta jest jednak tylko pozorną, gdyż możnaby w takim razie przypuścić, że nieorganiczne sole żelaza zabezpieczają w odpowiedni sposób organiczne związki żelaza od rozkładania się w kiszkach. Analogije w tym względzie są liczne, ogólny ich wyraz mieści się w t. zw. prawie „działania mas“ Bertholleta. Nadto preparaty żelaza mają być skuteczne tylko w chlorozie, ale nie w innych formach niedokrewności. Symptomatologija chlorozy (zaburzenia w trawieniu i t. d.) potwierdza tylko tę hypotezę; są bowiem wtedy w kanale pokarmowym wszelkie dane dla rozkładania się hematogenu. Sprzyjają temu w szczególności siarczki alkaliów. Wytwarzają się one w kiszkach z soli siarczanych pod wpływem wodu, wywiązującego się przy kwaśnéj, masłowéj fermentacyi. Tę ostatnią wywolują zaczyny, dostające się do kiszek, gdy wydzielanie kwasu solnego w żołądku nie jest dostateczne. Przy procesie tym jednak nieorganiczne związki żelaza muszą pierwéj połączyć się z siarką, zanim ta ostatnia podziała na organiczne związki żelaza. Zdanie to znajduje poparcie w pomyślniejszych wynikach leczenia bladaczki za pomocą kwasu solnego, aniżeli za pomocą żelaza. (*Zeitschr. für physiolog. Chemie IX p. 49 etc. 1885*). *St. Szcz. Zaleski.*

Charcot: **O odosobnieniu w leczeniu macinnicy.**

Na jednym z wykładów klinicznych przedstawił Charcot trzy ciekawe przypadki macinnicy u dzieci należących do jednéj i téj saméj rodziny. Dziewczynka 13-letnia, najstarsza z rodzeństwa, nabawiła się choroby skutkiem wykonanych na niéj doświadczeń z zakresu spirytyzmu, przy których służyła jako medium. Pod koniec doświadczeń, trwających bezustannie przez 10 godzin, pojawiły się u niéj drgawki, które odtąd powtarzały się 15 do 20 razy na dzień. Po 6 tygodniach najmłodszy brat z rodzeństwa, lat 11 liczący, poszedł, rzec można, za przykładem swéj siostry, a w ślad za nim, w dwa dni późniéj, także brat starszy. Odtąd wtórowali obaj bracia każdemu napadowi drgawkowemu siostry.

Za nieodzowny warunek w leczeniu téj małéj epidemii macinnicy uznał Charcot odosobnienie chorych nie tylko od ich rodziców, lecz także między sobą. Rodzice musieli zarazem przyrzec, że nie zechcą wcześniéj odwiedzić swych dzieci, nim nie dostaną w tym względzie wyraźnego pozwolenia. Wprawdzie nie omieszkano podawać wspomnianym chorym środków żelezistych i gorzkich, uwzględniając ich wątłość i niedokrewność, leczenie jednak to miało cechę tylko leczenia pomocniczego, gdy tymczasem głównym czynnikiem leczniczym był jedynie czynnik psychiczny, polegający na odosobnieniu chorych. Po 6 tygodniowym pobycie w szpitalu polepszył się znacznie stan wszystkich trojga dzieci. Najmłodszy brat nie miał już od 15 dni żadnego napadu, mimo tego że już widział się z rodzicami i najstarszą siostrą. W obec tego może być już uważanym za wyleczonego. Brat starszy, jakkolwiek nie ma od kilku tygodni owych wielkich napadów drgawkowych, doznaje jeszcze od czasu do czasu zawrotu głowy, podobnego do jednéj z form zawrotu padaczkowego. Zawroty te, które Charcot zwykł określać nazwiskiem „*petit mal hystérique*“, mijają obecnie bardzo szybko, a w ostatnich 15 dniach pojawiły się tylko 2 razy. U najstarszéj siostry zmniejszyły się znacznie napady drgawkowe tak pod względem ilości, jakoteż jakości. Podczas bowiem gdy przed miesiącem jeszcze pojawiały się napady godzinę trwające 4 do 5 razy na dzień, wystąpiły w ostatnim tygodniu tylko 2 razy, były mniéj gwałtowne i trwały niespełna kwadrans. Z licznych obszarów, z których można było wywołać napad histeryczny, pozostała tylko okolica jajników, a ślepota, poprzednio bardzo wybitna, ustąpiła zupełnie od 10 dni. Wreszcie dodać należy, że obecnie może chora znajdować się w towarzystwie braci bez obawy pojawienia się napadu macinniczego. (*Le Progrès médical* 1885, Nr. 9). *Dr. Prus.*

nadto w sprzeczności z pozytywnemi danemi nauki, jak np. że nieorganiczne związki żelaza resorpcyi wcale nie podlegają. *Przyp. Spraw.*

[2]) Według nas — tylko hypotezą. *Przyp. Spraw.*

**Ostatnie prace w sprawie znaczenia wahań Schultzego dla medycyny sądowéj.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

W ostatnich czasach ogłosił Nobiling (w *W. Med. Woch.* Nr. 8 z rb.) przypadek dziecka nieżywo urodzonego, donoszonego, u którego daremnie wahaniem starał się wpędzić powietrze do płuc. Przyczyny tego niepowodzenia nie umiał sobie wytłumaczyć.

Przypadek ten, jak wiele podobnych, skłoniły Hofmanna do roztrząśnienia dotąd znanych tłumaczeń, udaremniających przystęp powietrza do płuc po forsownych wahaniach. Wnet też ukazała się jego praca pod tytułem „*Weiteres über den Effekt Schultzescher Schwingungen u. analoger Vorgänge.*“ *Wiener Med. Woch.* Nr. 10, 1885) w obec któréj może lekarz sądowy nabrać nieco świeżéj otuchy i zaufania do próby hydrostatycznéj.—Autor przytacza sekcyję kobiety brzemiennéj, z któréj łona płód wyjęty 43 cm. długi, służył do doświadczenia. Do przeciętéj tchawicy wprowadził H. rurkę szklaną, zagiętą pod kątem prostym i ustalił ją kilku szwami. Po dwunastu wahaniach, według znanych prawideł, pokazało się przy sekcyi, że płuca były zupełnie bezpowietrzne. Dla ostrożności, aby ktoś nie zarzucił, że dalsze drogi oddechowe mogły być zatkane, wydął H. rurką jedno płuco, co bez przeszkody dało się uskutecznić. Ztąd wnosi, że drożność tchawicy nie koniecznie prowadzi do pożądanego celu, że zatém nie wyłącznie jéj wiotkość u płodów niedonoszonych wstrzymuje wtargnienie powietrza. Ze względu zaś, że płuca dały się wydąć z łatwością, nie można szukać przeszkody w zatkaniu oskrzeli. Wypada więc przypuścić, że wahania nie powiększyły pojemności klatki piersiowéj. Schultze tłumaczył ten objaw miękkością klatki piersiowéj u płodu niedonoszonego, lecz jakże wtedy da się zrozumieć obecność powietrza w płucach dzieci żywo urodzonych w 30tym a nawet 25tym tygodniu ciąży? Zostają jeszcze dwie możebności: albo wahaniem nie da się naśladować mechanizm oddechania dobrowolnego, a jeżeli rzecz się ma przeciwnie, to wahania nie są w stanie pokonać oporów stojących w drodze powiększeniu pojemności klatki piersiowéj i napełnieniu płuc powietrzem. Co do pierwszego to dziwić się trzeba, że mimo tak trudzącego naśladowania dobrowolnych ruchów oddechowych, jak to Schultze dowodzi o metodzie wahań, zostało bez efektu tyle przypadków Hofmanna, Nobilinga, Torgglera a nawet Rungego i innych.— Przeszkody mogące pochodzić ze stężenia pośmiertnego lub maceracyi i gnicia, wyklucza Hofmann stanowczo w ostatnim przypadku. Pozostaje jeszcze do uwzględnienia drugie pytanie, tj. opory tamujące aspiracyję.

Herman i Keller zwracają uwagę na okoliczność, że ściany próżnych pęcherzyków płucnych muszą bezpośrednio przylegać do siebie. Dla pokonania wynikłéj ztąd pewnéj siły

przyczepności, trzeba użyć o wiele znaczniejszego parcia śród wydymania płuc, niż w takich razach, gdzie zetknięciu się ścian pęcherzyków przeszkadzają choćby minimalne ilości powietrza. Musimy tu daléj uwzględnić znaczniejszą elastyczność miąższu płucnego, jako jednego z głównych czynników, którym sobie tłumaczymy bezpowietrzność płuc u dzieci, które już nawet kilka dni oddechały. Wreszcie nie bez znaczenia jest wydechowe ustawienie klatki piersiowéj i podtrzymywanie jéj w têm położeniu własną sprężystością, na co Schultze kilkakrotnie zwracał uwagę a co Bernstein objaśnił doświadczalnie.

W obec tych trudności i przeszkód, tamujących pomyślny wynik wahań, o jakie krok w krok utykamy, w obec wielkiéj wprawy i ćwiczenia, jakiego wymaga Schultze dla swéj metody, a wreszcie choćbyśmy i pomyślny rezultat osiągnęli po wahaniach, to w obec zmiennych stosunków w zabarwieniu, ilości i rozdzieleniu powietrza takich płuc, w porównaniu z płucami, które oddechały, daje Hofman słuszną odprawę Rungemu, jakoby znaczenie próby Schreiera zachwiać się miało w skutek stósowania metody wahań Schultzego.

Doświadczenia, na małym wprawdzie materyjale robione w tutejszym zakładzie sądowolekarskim, przemawiają za têm, że, jakkolwiek nie zawsze, jednak przy należytéj wprawie postępując według wskazówek Schultzego można wpędzić powietrze do płuc niedodmowych i napełnić je w znacznéj części powietrzem; w jednym przypadku, u dziecka prawie donoszonego, przy sekcyi matki z macicy wydobytego, po kilkudziesięciu wahaniach płuca tak dalece wypełniły się powietrzem, że nie tylko barwą znacznie jaśniejszą różniły się od niedodmowych, ale rzucone do wody pływały. Mimo to jednak, nie odmawiając metodzie Schulzego znaczenia pod względem cucenia dzieci zamartwiczych, z przyczyn w tygodniku naszym już kilkakrotnie wyłuszczonych nie możemy jéj przyznać własności próbę płucną Schreiera osłabiającéj.

*A. Ślusarczyk.*

---

## V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

### Sekcyja lwowska

**II. zwyczajne naukowe posiedzenie d. 21 lutego 1885.**

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 24.

Przewodniczący donosi, że otrzymał od rodziny śp. Dra T. Żulińskiego list z podziękowaniem za uczczenie zmarłego przez grono lekarzy lwowskich.

Z porządku dziennego następuje dyskusyja nad odczytem kol. Piska. Kol. Widmann zaznacza przedewszystkiém swe stanowisko względem leczenia jodowego duru, zgodnie z krytycznemi poglądami prelegenta, nadmienia daléj, że sposób zalecany przez Dra Jeleńskiego nie jest nowym, i że nie może sobie rościć pretensyi do ścisłości, gdyż jest połączeniem dotychczas używanéj antypyrezy, względnie hydroterapii, z leczeniem za pomocą jodku potasu. Autor nie porzucił użycia wody, a têm samém o wyłącznêm leczeniu jodem i o przypisywaniu skutków korzystnych jodowi nie można mówić na podstawie dat przez Dra J. przytoczonych. — Kol. Widmann w ciągu swéj 16-letniéj praktyki używał w leczeniu duru brzusznego kolejno i w licznych przypadkach wszystkich zalecanych sposobów, i obecnie używa obok miernych dawek chininu, leczenia wodą, rzecz oczywista z pewnemi ostrożnościami. Jako istotną korzyść tego, obecnie zresztą przeważnie przez ogół lekarzy używanego, sposobu, uważa jedynie tylko skrócenie rekonwalescencyi, gdyż jak dotąd saméj choroby, a względnie jéj czasu trwania, żadnym środkiem skrócić nie możemy. Do kąpieli używa tylko wody letniéj (24°R.) i to kąpieli po pas, przyczém szczególniejszą uwagę zwraca na nacieranie nóg pod wodą i zlewanie górnéj połowy ciała (wodą zimniejszą, gdy chory zbyt odurzony) obok nacierań, a to ze względu na istniejące zwolnienie ogólnego obiegu krwi. Ten sam cel, to jest sprowadzenie żywszego obiegu krwi, upatruje w krótkotrwałém oprowadzaniu chorego. Urządza to jeszcze w ten sposób, że chorego w innym pokoju znajdującego się każe do kąpieli dwom dozorcom pod ręce prowadzić. Jako przeciwwskazania do kąpieli uważa tylko krwotoki czynne. Uważa za zbyteczne obszerniéj rozwodzić się nad wielką doniosłością środków czyszczących, z których szczególniéj w każdym okresie duru zaleca olej rącznikowy. Zastrzega się wszelako, jakoby był zwolennikiem forsownego doprowadzania pokarmów w téj postaci, jak to np. Nothnagel zaleca, to jest przez podawanie znaczniejszéj ilości żółtek z jaj. Wyłuszcza, dla czego w tym względzie trzeba być ostrożnym i w końcu przedstawia następującą tabliczkę statystyczną, nadmieniając, że od r. 1878 używa wyłącznie antypyrezy (względnie hydroterapii). Leczył chorych na dur brzuszny

| w r. | leczył chor. z dur. brz. | | czas leczenia w dniach | przeciętnie leczony jeden chory | procent śmiertelności |
|---|---|---|---|---|---|
| 1876 | 46 chor. | (umarło 6) | 860 dni | 28 dni | 16 % |
| 1877 | 109 chor. | (umarło 11) | 2398 dni | 22 dni | 13 % |
| 1878 | 65 chor. | (umarło 2) | 1847 dni | 28·1 dni | 3·07 % |
| 1879 | 65 chor. | (umarło 4) | 1429 dni | 22·1 | 6·154 % |
| 1880 | 52 | (umarło 5) | 971 | 18·6 | 9·6 % |
| 1881 | 96 | (umarło 6) | 1430 | 14·79 | 6·35 % |
| 1882 | 122 | (umarło 4) | 2439 | 20 | 3·27 % |
| 1883 | 67 | (umarło 7) | 1285 | 19 | 10·4 % |
| 1884 | 117 | (umarło 13) | 2230 | 19·2 | 11·11 % |
| Razem | 739 | (umarł 68) | 14889 | 20 7 | 8·31 % |

Przyczyny korzystnych wyników leczenia nie upatruje kol W. wyłącznie w antypyrezie (względnie hydroterapii), ale i w têm, że i epidemije duru brzusznego w przeważnéj części były dosyć łagodne, o têm również trzeba zawsze pamiętać, chcąc ocenić wartość środka leczniczego w ogóle w chorobach zakaźnych, podobnie ma się rzecz i z jodkiem potasu zalecanym przez Dra Jeleńskiego. — Kol. Krzeczunowicz obserwując od lat 40 wyniki pojedyńczych metod leczniczych w chorobach infekcyjnych w ogólności, a w durze brzusznym w szczególności, przychodzi do wniosku, że wyniki leczenia tych chorób przedewszystkiém zależą od nasilenia epidemii, sposób leczenia zaś, choć jest ważny, odgrywa drugorzędną rolę. Zastanawia się daléj obszernie nad têm, że podczas gdy w pierwszych latach wprowadzenia ścisłéj hydroterapii i antypyrezy przez Branda i Jürgensa procent śmiertelności spadł jak twierdzono z 16% na 4%, to taż sama śmiertelność z duru brzusznego wzrastała potém niemal z każdym rokiem tak, że dziś niestety tych nadzwyczajnych skutków nie widać. Nie przeczy jednak, że dziś używane sposoby są najracyjonalniejsze i względnie najlepsze dają wyniki. Uwagi swe popiera licznemi argumentami. Co do hydroterapii duru brzusznego uważa zawijania na 3 lub 4 zawody po 20 minut trwające za wystarczające i w wielu przypadkach duru za nader pożyteczne. Wreszcie zwraca uwagę na zmiany w jamie brzusznéj wśród duru brzusznego, które wymagają szczególniejszéj pieczołowitości lekarskiéj, wykazując przytém szczegółowo zbawienny wpływ takiego postępowania. — Kol. Różański zgadza się w zasadzie na dziś powszechnie używane sposoby leczenia w durze, zwłaszcza uważa nacierania za mogące wywrzeć nader zbawienny wpływ. — Kol. Laskiewicz nie może odmówić jodowi pewnéj racyi w leczeniu niektórych zmian anatomicznych durowi właściwych, np. zmiany w mózgu, w oponach itd., sądzi więc, że zakres skuteczności przez prelegenta jodowi przyznany jest zbyt szczupły, zastrzega się jednak przeciw uogólnieniu leczenia duru brzusznego jodem. — W odpowiedzi stwierdza kol. Pisek korzystne wyniki leczenia duru brzusznego antypyrezą z należytém uwzględnieniem właściwości osobniczych chorego, jak niemniéj korzystny wpływ tych napozór nieznacznych, a istotnie ważnych, zabiegów leczniczych, o których wspomniał kol. Widmann. Szczególnie oprowadzania chorych mogą wywrzeć zbawienny wpływ na uregulowanie krążenia krwi przez usuwanie przeszkód dla czynności serca, zwłaszcza, że ruchy chorych przytém są więcéj bierne niż czynne, przytacza szczegóły pod tym względem z pracy Hillera, przypomina *am.*

*bulatory treatment* w morfinicy, gdzie przez oprowadzanie zapad nie zwiększa się, a więc osłabiona czynność serca nie może w tym razie być uważaną jako przeciwwskazanie. Co do jodku potasu i jego skuteczności oświadcza, że dziś w obec nieuprzedzonego lekarza ma jod nieliczne bardzo i dość ścisłe wskazania, nie jak dawniéj, kiedy nieraz brano *post hoc ergo propter hoc* i przypisywano jodowi skuteczność w nader licznych chorobach. Wykazując następnie szczegółowo zmiany anatomiczne skutkiem duru brzusznego powstałe, które są zwyrodnieniami miąższowemi, sądzi że w obec nich stosowanie jodu nie da się usprawiedliwić. Z tego co wiemy pewnego o skuteczności jodku potasu, wprost przeciwne wyłaniają się wskazania, a Dr. Jeleński zalecając jodek potasu na innych opiera się podstawach teoretycznych. W tém rozumieniu jak kol. Laskiewicz chce widzieć używanym jodek potasu chyba tylko przy obrzękach podurowych przewłocznych, znalazłby lek ten usprawiedliwione zastosowanie; do téj grupy należałyby może i obrzęki gruczołowe czyli nacieki rdzeniaste w 2im tygodniu duru, nie jestto jednak leczenie duru. Co do pielęgnowania jamy ustnéj, o czém wspomniał kol. Krzeczunowicz, przypomina dawniejszych lekarzy, którzy jak tego dowody mamy w pismach, byli pod tym względem bardzo skrupulatni, i całkiem słusznie, jak to niedawno wykazał Dr. Kaczorowski w swéj pracy.

Następuje z porządku dziennego wykład kol. prof. Czyżewicza: O poronieniach.

Z gruntownego i zajmującego wykładu podaję na teraz tylko główniejsze myśli, na wniosek bowiem kol. Różańskiego ma kol. Przewodniczący prosić prelegenta, aby wykład ten w całości umieścił w Przeglądzie Lekarskim dla większéj korzyści kolegów, zwłaszcza tych, którzy na wykładzie obecnymi być nie mogli.

Punktem wyjścia dla wykładającego był podział praktyczny poronień na:

1) dział poronień wczesnych, gdzie łożysko nie jest jeszcze rozwiniętém, a zatém, aż mniéj więcéj do miesiąca czwartego, i na

2) poronienia w późniejszym okresie ciąży.

Następnie określił prelegent poszczególne pojęcia, objawy i przebieg, ze szczególniejszém uwzględnieniem zwykłych, w praktyce codziennéj napotykanych, przypadków, w obec których szczególniejszą rolę odgrywa obojętność chorych na krwawienia. Omówiwszy szczegółowo leczenie tych poronień okresu wczesnego, wykazawszy jak trudno, a często wręcz niemożebnemi, do wykonania są przepisy książkowe, przystępuje do wykazania zalet sposobu w najnowszych czasach używanego, t. j. wyłyżeczkowania za pomocą łyżeczki zwanéj *curette*. Przedstawiając zgromadzonym odnośne narzędzia, wykazuje wielką ich doniosłość w praktyce ginekologicznéj w poszczególnych przypadkach. Wyczerpująco przedstawia korzyści, motywując każdy szczegół i wskazując równocześnie możliwe usterki. Następnie przechodzi do drugiego działu poronień. Po dokładném określeniu i opisaniu objawów chorobowych towarzyszących tym objawom poronień, zastanawia się nad leczeniem następowém. Szczegółowo omawia przypadki, w których pozostałe resztki błony doczesnéj stanowią punkt wyjścia dla groźnych spraw gnilnych; wykazuje nadzwyczajną doniosłość łyżeczki (*curette*) w tych przypadkach i podaje szczegółowo ścisłe wskazówki, kiedy i jak wykonywać łyżeczkowanie. Szczególniejszą uwagę poświęca następowym przepłukiwaniom macicy, podając i pod tym względem szczegółowe wskazówki. Przykładami z własnéj praktyki popiera swoje teoretyczne poglądy, wykazując, że nieraz i w przypadkach na pozór straconych *curettement* może stan choréj *cum sepsi* poprawić, dodaje wreszcie, że jestto zabieg operacyjny nieszkodliwy, jeżeli tylko w sposób należyty i prawidłowy wykonanym zostanie.

W dyskusyi zabiera głos kol. Lech podnosząc możliwe niekorzystne następstwa łyżeczkowania, kol. Stroynowski zaś upatruje szczególniejsze korzyści z *curettement* w poronieniach t. zw. „zbrodniczych“, nadto podnosi trudności łyżeczkowania w obec *retroversio uteri*. Kol. Czyżewicz w odpowiedzi zaznacza, że w obec *retroflexio* lub *versio uteri* istotnie rzecz o wiele odmienniéj się przedstawia i że o tym przedmiocie zamierza innym razem pomówić. *Dr. Wiktor.*

---

## Sprawozdanie z walnego posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego
### z dnia 19 Grudnia 1884.

Obecni z zamiejscowych kol. Kube z Kostrzyna i Cieślewicz ze Strzelna, z miejscowych: koledzy: Zielewicz, Koszutski, Koehler, Buski, Jarnatowski, Stan. Jerzykowski, Kapuściński, Grodzki, aptekarz p. Jagielski i sekretarz.

W nieobecności przewodniczącego zagaja posiedzenie ostatni i wzywa zgromadzonych do wyboru przewodniczącego, którym wybrany został Dr. Kube. Tenże wspomina w kilku słowach o śmierci ś. p. radzcy Freudenreicha i wzywa zgromadzonych do oddania przez powstanie czci cieniom zgasłego kolegi, co téż nastąpiło.

Sekretarz odczytuje pismo Tow. Lek. Warsz. zapraszające Sekcyję lekarską do wzięcia udziału w uroczystości 25-letniego jubileuszu prof. Henryka Hoyera i proponuje, aby w braku delegata wysłać odpowiedni telegram, co téż uchwalono i sekretarzowi uczynić polecono.

Wreszcie wspomina sekretarz o wyjściu książki jubileuszowéj zbiorowéj na cześć prof. Szokalskiego i poleca kolegom nabycie tejże. Czysty dochód przeznaczony na rzecz warszawskiéj Kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach pozostałych.

Po załatwieniu tych przedwstępnych spraw przystąpiono do rozpraw nad chorobami nagminnie panującemi, przyczém zabierali głos następujący koledzy:

Kol. Kube wspomina, że w bieżącym roku napotkał aż 36 przypadków zapalenia opon mózgordzeniowych, z których 12 zakończyło się śmiercią, a na zapytanie kol. Koszutskiego, w jakimto czasie choroba ta panowała, odpowiada, że w lipcu i sierpniu.

Kol. Jarnatowski zwraca na to uwagę, że kilka chorób nagminnych w bieżącym roku po sobie następowało; i tak najprzód żarnice (odra) a teraz po ustąpieniu szkarlatyny pojawia się epidemicznie zapalenie gardła z gorączką trwającą 3—4 dni. Kol. J. skłonny jest przypisać tej chorobie także znamię cierpienia nagminnego. Kol. Kube sądzi, że zapalenia rzeczone były następstwem lekkiéj szkarlatyny, a jako dowód przytacza, że w podobnych razach, które także widywał, spostrzegał następne zapalenie nerek.

Kol. Cieślewicz mówiąc o chorobach panujących w okolicy Strzelna, podnosi pewien rodzaj następstwa chorób nagminnych, i tak: na wiosnę walczył z durem, który tam co rok powraca, potém nastała latem ospa, po jéj wygaśnięciu biegunka, która trwała do października, a wszystkie dzieci ostatnią chorobą dotknięte umarły. Obecnie panuje dyfteryja i kilka przypadków zapaleń opon mózgordzeniowych.

Kol. Zielewicz zwraca uwagę na ważność sprawy ospy, która pojawiła się teraz w okolicy Torunia i na pograniczu Królestwa, a latem była już w okolicy Strzelna. Co do zapalenia gardla, które nie jest niczém nadzwyczajném w czasie epidemii, to nie przyznaje mu znamion nagminności. Czasem widzi w takich zapaleniach maleńkie punkcikowe złogi, jakby dyfteryjne, lecz nie przywięzuje do tego żadnéj wagi. Kol. Kube przypuszcza, że zapalenia gardla epidemicznie pojawiające się, mają cechę gośćcową i ustępują łatwo po zażyciu salicylu. Kol. Jarnatowski pozostaje przy swém twierdzeniu, że tu chodzi o nagminną chorobę gardła, gdyż częstokroć z jednéj i téj saméj familii kilku członków i to po sobie na nią zapada. Jerzykowski skłania się do zapatrywań kol. Jarnatowskiego. U dzieci małych mianowicie występuje owo zapalenie gardła z lekką szkarlatyną, krótkotrwającą i objawiającą się rumieńcem na twarzy, a czasem i białkiem w moczu. Koszutski podobne uważał przypadki, lecz nie zalicza ich do szkarlatyny, która zresztą częstokroć w bardzo lekkiéj postaci pojawia się i mija już po jednym lub kilku dniach, a tylko gdy zaniedbana, wytwarza póżniéj groźniejsze objawy. Zresztą spostrzega także dużo przypadków żarnic i sądzi, że choroba ta rozprzestrzenia się głównie w szkółkach Freblowskich. Daléj widuje przypadki ostrego gośćca stawowego.

Po wyczerpaniu tego przedmiotu, przystąpił kol. Koehler do wygłoszenia swego odczytu: „Obecny stan patologii i terapii chorób nosa“ (Umieszczony został odczyt ten w Przeglądzie Lek.).

Do rozpraw nad odczytem powyższym zabierają głos: Kol. Jerzykowski, który twierdzi, że owrzodzenie w jamach nosowych,

czyli tak zwana ozena, zawsze ma kiłę za podstawę. Zdaniem Wicherkiewicza ostry nieżyt jam nosowych przechodzi bardzo często z jednéj strony przez przewód łzowy na spojówkę, z drugiéj strony przez trąbkę Eustachego do ucha środkowego, wywołując w jednym i w drugim przypadku groźne nieraz objawy, a niewłaściwém byłoby wtenczas leczyć te wtórorzędne nieżyty, zaniedbując pierwotnego stanu chorobowego. Do pokonania ostatniego używa W. z korzyścią od wielu lat, 1 lub 2% saletranu srebra, który w hojnéj ilości wpuszcza za pomocą zakrapiacza do jam nosowych przy mocno przechylonéj głowie. Rozczyn ten w zwykły sposób stosuje równocześnie i do oka, jeżeli zaś chodzi o nieżyt ucha środkowego, natenczas wprowadza cewnik, wkrapla weń rozczyn saletrzany i dmuchawką ostrożnie wpędza go do ucha. Leczenie to prawie nigdy nie zawodzi. Co do ozeny, to nie zgadza się W. na zapatrywanie wypowiedziane przez prelegenta, jakoby ozena po 50 roku życia sama bez leczenia ustawać miała. Ze względu na niebezpieczeństwa grożące operowanemu oku ze strony cierpień nosa, a mianowicie ozeny, baczną zawsze na nią zwracając uwagę, często spotyka ją i po 50 i po 60 roku życia. Zresztą wstrętna woń najłatwiéj daje się usuwać przez zadmuchiwania do nosa jodoformu, a w wielu nawet razach jodoform zupełnie usuwa cierpienie. Kol. Koehler zauważa, że nie zawsze ale często po 50-tym roku ozena sama ustaje. Jest ona zresztą zawsze kiłową. Kol. Zielewicz porusza kwestyję wziernika nozdrzowego, z którym rinologowie zawsze jeszcze uporać się nie mogą. Wziernik Jurasza przez Koehlera zachwalany, nie zezwala dostatecznie odkryć tylnych części jam nosowych. Prelegentowi należy się wdzięczność za poruszenie śluzotoku rzeżączkowego Sterna, uważanego zazwyczaj za chorobę polską, pochodzącą z niechlujstwa. Kol. Koehler dał monopol galwanokaustyce, która jednakże nie może być jedynym środkiem, i tak w *rhinitis hyperplastica*, w skutek nadużywania owego środka, w wielu przypadkach następuje pogorszenie. Natryski Webera ze względu na niebezpieczeństwo grożące nie są polecenia godne. Kol. Koehler przemawia powtórnie za wziernikiem Jurasza, który, zdaniem jego, znajduje się w rękach prawie wszystkich rinologów, a tylko przy operacyi, gdy przezeń zajęte są obie ręce, nie jest praktycznym. Co do galwanokaustyki, to rokuje jéj Koehler wielką przyszłość, jeżeli tylko umiejętnie jest zastósowaną. Wicherkiewicz zwraca uwagę na to, że natrysk Webera nie wtenczas staje się niebezpiecznym, gdy zamiast słonéj używamy czystéj wody, lecz z powodu zbyt wielkiego nieraz nacisku, pod którym chorzy, chcąc dobrze wypłukać nozdrza, wpuszczają wodę. W. kazał sobie zresztą przed kilku laty u Windlera w Berlinie sporządzić sikawkę, przy pomocy któréj wystrzykuje jamę nosową z tyłu ku przodowi, a równocześnie zastrzyknąć może płyny nieobojętne, ochraniając miejsca zdrowe przełyku. Ponieważ zakładanie wziernika sprawia zwykle dość znaczne przykrości choremu, a u nerwowych osób napotyka nawet na trudności, przeto wypada użyć środków znieczulających, a pod tym względem budzi nadzieję nowy środek kokain, o którym na przyszłém posiedzeniu Wicherkiewicz mówić zamierza, teraz zaś *anticipando* nadmienia, że środek ten w okulistyce wszelkim odpowiada oczekiwaniom. — Kol. Kapuściński opowiada przypadek bardzo groźnego zapalenia ucha środkowego z przebiciem błon bębenkowych wywołanego zbyt silnem zastósowaniem natrysku Webera.— Kol. Koszutski wspomina o poleconéj oliwie *à double courant*.— Kol. Jerzykowski chorując sam na *rhinitis*, robił doświadczenia na sobie i przestrzega przed użyciem sikawek podnosząc. że woda zimna, wstrzyknięta do nosa, sprawia silny ból. — Kol. Cieślewicz widywał często u Webera, jak stósowano natrysk, do czego używano tylko letniéj czystéj wody, a głowę chory musiał przytém pochylić jak najniżéj ku przodowi. — Kol. Zielewicz wspomina o przypadku, którego sobie ostatecznie nie umie wytłumaczyć. Z Kostrzyna zgłosił się do niego młody człowiek, skarżąc się na krwotok bardzo obfity z nosa. Ilość utraconéj krwi wynosiła czasem szklankę i więcéj. Radził się rozlicznych lekarzy. lecz nigdy nie doznał ulgi. Chłopiec ten zapewniał, że nie pochodzi z rodziny krwawców. Kol. Zielewicz przypalił galwanokaustycznie błonę śluzową i odesłał chłopca, który go od czasu do czasu znowu odwiedza, do domu. Krwotok ten, raz z jednego, to znowu z drugiego pochodzi nozdrza. Pewnego czasu kol. Zielewicz dostrzegł na błonie nosa punkt, który przy najlżejszém dotykaniu zawsze krwawi.—Kol. Koehler mniema, iż chodzi tu niezawodnie o naczyniak, a kol. Kube, który dowiedziawszy się od Zielewicza o nazwie pacyjenta przypomniał go sobie i twierdzi, że chłopiec ten w rzeczywistości pochodzi z rodziny krwawców.

Drugi odczyt zapowiedziany przez kol. Osowickiego nie przyszedł do skutku, ponieważ prelegent, dotknięty przykrym ciosem familijnym, nie mógł na posiedzeniu być obecnym.

W końcu kol. Kapuściński wyraża jako delegat Towarzystwa na uroczystości jubileuszowéj prof. Szokalskiego podziękowanie w imieniu jubilata za przesłany adres i telegram.

Sekretarz przedkłada nadesłany Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, poczém posiedzenie o 8½ zamknięto. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

## VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 45,4. Z płonicy umarło 2 (0 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z róży 0 (1 z. t); z zapalenia płuc 17 (15 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 1 płonicy, 1 błonicy, 1 krztuśca, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 8—14 marca umarło w Londynie z ospy 22, leczyło się w szpitalach 990, świeżo zapadło 113. Po 1 umarło z ospy w Kopenhadze, Wenecyi, Aleksandryi, po 3 w Pradze i Manchester, w Odesie 4, w Warszawie i Kalkucie po 6, w Bazylei 7, w Rzymie 9, w Wiedniu 12. Z duru osutkowego umarło w Londynie 2, w Petersburgu 1. Odra panuje w Stokholmie. Z cholery umarło w Kalkucie (od 18—24 stycznia) 10, w Bombayu (od 4—10 lutego) 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,6; w Warszawie 28,6; w Poznaniu 19,3; w Wiedniu 32,2; w Pradze 31,1: w Berlinie 23,3; w Wrocławiu 28,6; w Gdańsku 29,7; w Hamburgu 26,1; w Mnichowie 35,4; w Dreźnie 28,4; w Lipsku 25,5; w Bazylei 21,2; w Brukseli 21,5; w Amsterdamie 30,9; w Hadze 29,4; w Paryżu 25,3; w Londynie 21,4; w Kopenhadze 23,6; w Stokholmie 33,4; w Chrystyjanii 23,2; w Petersburgu 34,7; w Odesie 30,8; w Rzymie 29,8; w Wenecyi 35,0; w Bukareszcie 28,1; w Aleksandryi 36,0; w Nowym Yorku 29,3; w Filadelfii 26,4; w Bombayu 28,7; w Madrasie 43,0. *J. B.*

## VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego Dr. Prus, asystent przy zakładzie patologii doświadczalnéj, miał wykład w numerze przeszłym zapowiedziany.

* Ś. p. Dr. Tadeusz Żuliński a Towarzystwo przeciw nadużyciom palenia tytoniu we Francyi. W obec zastraszającego wzmagania się ilości zużywanego tytoniu i wynikających ztąd szkodliwych wpływów na społeczeństwo, zawiązaném zostało w Paryżu Towarzystwo p. n. *Societé contre l'abus du tabac.* Pole działania tego Towarzystwa jest przedewszystkiém naukowe. Ogłasza téż ono rok rocznie konkursy mające na celu wykazywanie szkodliwości palenia i zapobieganie szerzeniu się tego nałogu. Liczba członków Towarzystwa z każdym rokiem wzrasta we wszystkich warstwach społeczeństwa francuskiego a Towarzystwo pochlubić się już może całym szeregiem naukowych prac zgodnych z jego celami, że wymienimy tu tylko prace Drów H. A. Depierris, Bodros, Coustan, Jacquemart, Gustave Le Bon, Blanchet i wielu innych.

Za rok 1884 w skutek ogłoszonego konkursu najważniejsze nagrody dostały się w udziale ś. p. Drowi Tadeuszowi Żulińskiemu i tak 1sza nagroda t. zw. lekarska *(Prix de medecine)*, którą przyznano za przysłane oryginalne, nie drukowane nigdzie obserwacyje, z własnéj praktyki lekarskiéj, wykazujące szkodliwość tytoniu na organizm. Nadto przyznano ś. p. Drowi Ż. aż dwa medale, jeden srebrny pozłacany (*de vermeil*) a drugi srebrny (*d'argent*), a to wedle słów raportu „za jego znakomitą pracę w sprawie palenia tytoniu w ogólności, roztrząśniętéj wszechstronnie pod względem fizyjologicznym, chemicznym, ekonomicznym itd.“ Ze swéj strony nadmieniamy, iż pomieniona

praca Dra Ż. zyskała już sobie poprzednio uznanie na 2gim Zjeździe lekarzy polskich w Krakowie, gdzie po raz pierwszy odczytaną była. Ogłoszoną ona następnie została w Przeglądzie Lekarskim i wyszła téż w osobném odbiciu. Treść jéj znajdujemy obecnie w *Gazette médicale de l'Algérie*, jak niemniéj i treść nagrodzonych obserwacyj, które otrzymaliśmy z pośmiertnych papierów, i w miarę możności ogłosimy. — Uroczyste rozdanie nagród przyznanych przez komisyję konkursową odbędzie się w Paryżu w auli Sorbonny dnia 12 kwietnia b. r.

* **Berlin.** Dr. Schweninger, który nabył tyle smutnego rozgłosu, ma porzucić Berlin i przenieść się do Wiesbadenu.

* **Rzym.** D. 1 maja ma zebrać się komisyja sanitarna międzynarodowa, w któréj na zaproszenie Rządu włoskiego wszystkie rządy europejskie mają wziąć udział przez swych reprezentantów. Przedmiotem obrad będzie nietylko zapobieganie cholerze, ale wszystkim zarazom, a zadaniem główném ustanowienie stałéj Rady sanitarnéj międzynarodowéj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Jako kandydatów na opróżnioną po Frerichsie katedrę wymieniają: proff. Gerhardta w Würzburgu, Nothnagla w Wiedniu i Ziemssena w Monachijum. — **Praga czeska.** Profesorem psychijatryi w czeskim Wydziale lek. ma być mianowany Dr. Smoler, obecny referent spraw lekarskich w Czechach, który ma pozostać na swéj posadzie i otrzymać tytuł profesora honorowego.

* **Nekrologija.** W Lublanie umarł referent spraw lekarskich w Krainie Dr. Stöckl, licząc lat 61. — W Krakowie umarł lekarz pułkowy Dr. Schulhof. — W Monachijum umarł Dr. Karol Teodor Ernest Siebold, znakomity zoolog i anatom porównawczy; urodzony d. 16 lutego 1804 w Würzburgu, wykonywał praktykę lekarską w Heilsbergu, Królewcu i Gdańsku, w r. 1840 mianowany został prof. fizyjologii i anatomii porówn. w Erlandze, w r. 1845 w Freibergu, w r. 1853 w Wrocławiu, późniéj w Monachijum.

**Piśmiennictwo lekarskie.** Nowe leki, ich własności i zastosowanie. Opracowali K. Wenda i W. Wiarogórski. Warszawa, 1884. Nakładem autorów, str. 136, XVII i 10 nieliczb.

Autorom należy się przedewszystkiém uznanie, że literaturę naszą wzbogacili dziełkiem, którego potrzeba dawała się czuć tak lekarzom jak i aptekarzom. Pod względem składu chemicznego i własności farmakognostycznych pokaźna, bo do 170 dochodząca liczba nowszych leków została opracowana szczegółowo i w całości należycie. To téż potrzebom aptekarza dziełko to czyni w zupełności zadość, polecić go możemy każdemu aptekarzowi jako dobry i zwięzły przewodnik, który go pouczy dostatecznie o własnościach leków w najnowszych czasach polecanych i używanych, a oszczędzi mu pracy szukania po rocznikach i czasopismach zawodowych. W téj części wytknąć tylko musimy niezbyt staranną korektę osobliwie co do imion własnych (Mencke zamiast Menche, Marigliano zamiast Maragliano itp.), jak niemniéj niedostateczną staranność o czystość języka („przez działanie prawdziwéj kory, przez Aspidosperma Quebracho dostarczanéj...., wydziela się od dodania wody...., śmierć przez paraliż muszkułów i zebranie kwasu węglowego we krwi....“ i w. i.). Wreszcie byłoby bardzo pożądaném, ażeby obok nazw łacińskich wszędzie umieszczoną była nazwa polska. I tak np. obok *Sterculia acuminata* nie zawadziłaby nazwa polska Orzesznik kończystolistny, a obok *Gynocardia odorata* Serdusznik wonny, itp.

Część farmakologiczna opracowana jest daleko krócéj, z wielkim uszczerbkiem dla lekarzy, którzy z części farmakognostycznéj wiele korzystać mogą. Działanie fizyjologiczne i zastosowanie kliniczne leków odpowiadałoby lepiéj potrzebom lekarzy, gdyby autorowie byli dokładniéj zużytkowali bogatą literaturę nagromadzoną w czasopismach lekarskich. Objętość dzieła wprawdzie byłaby przez to zwiększyła się, dzieło jednak byłoby wiele zyskało na wartości.

Spodziewamy się, że pierwsze wydanie dzieła rychło zostanie rozkupione, i że w drugiém wydaniu autorowie, z których jeden zajął już tak zaszczytne stanowisko w literaturze krajowéj, jako autor „Materyjałów do historyi farmacyi w dawnéj Polsce“, zechcą w równéj mierze pogodzić stanowisko farmakognostyczne z farmakologiczném i klinicznem. *A. K...wicz.*

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 14: Blumenstoka: Zbrodnia czy obłąkanie. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14: Dunina: O przyczynie zapaleń ropnych i zakrzepów żył w przebiegu tyfusu brzusznego (dok.); Schellera: Siarek węgla, nowy środek przeciwgnilny i jego zastosowanie w praktyce; Minkiewicza: Choroby dróg oddechowych (c. d.). — *Pamiętnika Tow. lek. warsz.* zeszyt III zawiera: Bujwida: Mikroskopia i mikrochemija plwocin w chorobach oddechowych; Wolfringa: O stosunkach fizyjologicznych naczyń krwionośnych powiek do naczyń mięśnia podnoszącego powiekę górną; zeszyt IV: Wolfringa: O gruczołach chrząstki powiekowéj; Florkiewicza: Uwagi nad chorobą Brighta: Kijewskiego: Guzy hemoroidalne, operacyja, sposoby leczenia; L. Nenckiego i Rekowskiego. Przystępny sposób ocenienia, czy woda studzienna może być używaną za napój.

**Redakcyja** otrzymała:

Izsledowania nad skorostiju dwiżenija krowi posredstwom fotohemotachometra. Dissertacija na stepeń doktora mediciny Napoleona Cybulskiego, i. d. prozektora w Imp. Woenno-Medicinskoi Akademii pri katedrie fiziologii. S. Peterburg 1885, in 8vo str. 213 z 62 rycinami.

**Dla prenumeratorów w Cesarstwie austryjackiem dołącza się wiadomość o Cieplicach trenczeńskich.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.